POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, K. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Czerwiec
Lipiec — ROCZNIK ÓSMY — 1906.

I. PRACE ORYGINALNE.

Zranienie rogówki żądłem pszczoły.

Podał

DR. STEFAN BOLESŁAW ŁUNIEWSKI,

okulista w Kołomyi.

Znane i dość licznie opisane są uszkodzenia oka spowodowane przez owady, czy to przez wpadnięcie całego owadu do worka spojówkowego, czy też jego części, jak skrzydełek, włosków, lub też przez dostanie się jego wydzielin, względnie jadu. Następstwa takich uszkodzeń są mniej lub więcej wybitne, zazwyczaj jednakże ograniczają się do worka spojówkowego i jeżeli nie zajmują innych części oka, bez leczenia, a względnie bez udawania się chorych po poradę lekarską — ustępują.

Ze względu na groźniejsze zajęcie oka, większe pojęcie wśród okulistów wywołało zapalenie spowodowane włoskami gąsienic, nazwane przez Sämischa *ophthalmia nodosa.* Cierpienie to według Hanke'go uważać należy za przewle-

kłe, w przebiegu którego występują naprzemian to pogorszenia, to polepszenia. W przypadkach, w których odrazu nie da się wykryć włosków, przebieg z początku nie przedstawia nic znamiennego; dopiero po dwóch najwcześniej tygodniach tworzą się guzkowate nacieki bądźto na spojówce, rogówce lub tęczówce, zależnie od tego, w którą część oka dostały się włoski gąsienicy.

Czy działanie włosków, wywołujące zapalenie jest czysto mechaniczne, czy równocześnie odgrywa tu rolę jakaś istota jadowita zawarta w tych włosach — pytanie to do dziś dnia nie jest stanowczo rozstrzygnięte.

Pewne podobieństwo do urazu, a przecież znaczna różnica w szeregu objawów, skłania mię do ogłoszenia spostrzeganego a tak rzadkiego przypadku, jakim jest bezsprzecznie zranienie rogówki żądłem pszczoły. W dotyczącej literaturze prawie z trudem przypadki takie wyszukać można, to też jako dalszy przyczynek do kazuistyki zranień rogówki pozwalam sobie leczony w zeszłym roku przezemnie przypadek podać do publicznej wiadomości.

Dnia 27 września zgłosił się do mnie Nykoła Korbutiak, lat 17, parobek z Baliniec, podając zaraz na wstępie, że został »ukąszony« w oko przez pszczołę. Zapytany o bliższe szczegóły, opowiedział, co następuje:

Poprzedniego dnia po zachodzie słońca poszedł do pasieki, aby koło jednego z ulów coś naprawić. Podczas tej czynności wpadła mu do oka prawego pszczoła, którą odruchowo natychmiast chwycił i wyjął z pomiędzy powiek. Po chwili jednak poczuł, że mu coś w oku zawadza, że go kłuje, a oko silnie zaczyna łzawić. Czem prędzej więc poszedł do chaty i opowiedziawszy przypadek rodzinie, poprosił brata, by mu do oka zaglądnął. Brat, jak podaje chory, miał mu palcami wyjąć ze środka oka sterczący kawałek żądła. Mimo tego czuł dość przykry ból w oku i z tego powodu przez całą noc robił sobie zimne okłady. Mimo tego ból nie ustawał, lecz owszem rozprzestrzenił się na całą prawie połowę głowy. Skoro świt, udał się do Kołomyi i zgłosił się do mnie. Na pyta-

nie, co mu obecnie najbardziej dolega, odpowiedział, że czuje ból całego oka prawego — ma uczucie, jakby ono było większe, razi go światło, obok tego boli pół głowy, jakoteż cała prawa strona twarzy tak, jak przy bólu zębów.

Stan obecny: Pr. O. Skóra powieki dolnej i okolicy woreczka łzowego lekko obrzmiała. Górna powieka nieco opadnięta, wskutek czego szpara niższa o $3^m/_m$ od szpary oka lewego. Oko dość silnie łzawi i okazuje dość znacznego stopnia światłowstręt. Spojówka powiekowa, jakoteż i gałkowa nieznacznie przekrwione. Naokoło rogówki nastrzyknięcie rzęskowe wyraźne. Na rogówce, górą i bokami prawie przeźroczystej $^1/_2{}^m/_m$, poniżej środka tarczowate zaćmienie, szare, wielkości główki od szpilki ($1^1/_2$ $^m/_m$ średnicy), o brzegach regularnych, ale więcej biało zaznaczonych. Przednia komórka prawidłowo głęboka, na dnie hypopyon $^1/_2$ $^m/_m$ wysokie. Tęczówka silnie przekrwiona. Źrenica wązka, na światło nie oddziaływa. Wz. pro = 4 mtr. Przy oświetleniu bocznem, patrząc przez lupę, widzi się, że cała ta szara tarcza lekko wystaje, od niej zaś we wszystkich kierunkach biegną promieniste powierzchowne szarawe smugi. Całe zaś zaćmienie w odstępie 1 $^m/_m$ okala dookoła pierścień zmętnionego i lekko obrzmiałego przybłonka rogówkowego. Przypatrzywszy się uważniej, widać w środku zaćmionej tarczy punkcik brunatny, a przez lupę można zauważyć, że jest to obce ciało, które tworząc brunatną linijkę, biegnie skośnie ku zewnątrz i ku górze w głąb rogówki.

Rozpoznawszy więc na pewne obce ciało, czyli inaczej koniec odłamanego żądła, przystąpiłem po znieczuleniu oka $2^0/_0$ kokainą do wyjęcia wbitego kawałeczka. Ponieważ jednak najdelikatniejszymi szczypczykami nie udało mi się uchwycić — wykruszyłem je dłutkiem do ciał obcych. Następnie opłukałem $2^0/_0$ rozczynem kwasu borowego, zapuściłem kroplę ASC, założyłem nieco maści kseroformowej i opaskę półmokrą. Choremu zaś poleciłem albo udać się do szpitala, albo codziennie przychodzić do wizyty, z czego wybrał to drugie.

Dnia następnego 28/9 st. ob. Wydzielina śluzowa, mierna. Spoj. gałkowa nieco więcej nastrzyknięta. Na rogówce tarczo-

wate zmętnienie nie powiększyło się, tylko więcej wysycone; naokoło tej tarczy pierścień prawie zupełnie przeźroczystej rogówki szeroki na jakie 1 $^{m}/_{m}$, poza nim drugi pierścień zmętnionej rogówki $1^{1}/_{2}$ $^{m}/_{m}$ szeroki. W przedniej komorze hypopyon 1 $^{m}/_{m}$ wysokie; źrenica rozszerzona maksymalnie, regularna. Chory nie skarży się na żaden ból, spał dobrze. Zapuściłem *ASC*, *Dionin*, *Ung. Xerofor*, Opaska.

29/9. Obrzęk powieki dolnej ustąpił. Oko jeszcze nastrzyknięte. Naciek w rogówce nieco mniej nasycony — jak również i okalający go pierścień; zresztą powierzchnia rogówki lśni i gładka. Żrenica szeroka, regularna. Hypopyon ledwo ślad. Bólów niema. *Therapia eadem.*

30/9. Oko znacznie mniej nastrzyknięte. Zmętnienie o wiele słabsze. Hypopyon niema. Badanie wzroku wykazuje $^{5}/_{50}$.

3/10. Oko nieznacznie jeszcze nastrzyknięte; tarcza i pierścień zmętnionej rogówki znacznie mniej wyraźne; p. komórka prawidłowa. Źrenica rozszerzona. Chory swobodnie oko otwiera, czuje się zupełnie dobrze. Wz. po $^{5}/_{30}$. Ponieważ nie chciał więcej przychodzić, zapisałem mu do domu maść kseroformową i żółtego precypitatu $\bar{a}\bar{a}$ $1^{0}/_{0}$, poleciwszy mu zgłosić się za miesiąc. Rzeczywiście po 6 tygodniach stawił się i wtedy mogłem — o ile zresztą oko prawidłowo wyglądało — w miejscu urazu zauważyć plamkę 1 $^{m}/_{m}$ średnicy, której górny brzeg leżał w wysokości dolnego obwodu źrenicy. Wz. po. $^{5}/_{15}$—$_{10}$. Szkł. nie popr. Sn. 1,5 czyta na 20 ctm.

Jak widzimy, opisane uszkodzenie oka, jakkolwiek nie przedstawiało bardzo groźnych dla oka objawów i stosunkowo szybko wyleczonem było, pozostawiło jednak znaczne i niezatarte ślady w postaci plamki, która wzrok w dość wysokim stopniu upośledziła, bezsprzecznie z powodu nieszczęśliwego zbiegu, że zranienie dotyczyło prawie środka rogówki.

Teraz z kolei musimy się zastanowić nad przyczyną, wywołującą objawy odczynowe po zranieniu oka. Bezwątpienia trzeba przyjąć dwa czynniki, a więc 1) przyczynę mechaniczną, t. j. zranienie i utkwienie obcego ciała, 2) przyczynę chemiczną, t. j. zadziałanie jadu, czyli kwasu mrówkowego.

Obie te przyczyny razem wzięte spowodowały ostre i szybko występujące objawy zapalne, utrzymujące się dłuższy czas, mimo usunięcia ciała obcego. Widocznem więc, że zadziałanie, a względnie sparzenie rogówki kwasem mrówkowym jako środkiem żrącym było ważniejszem i w skutkach swoich donioślejszem. Na karb także tego jadu policzyć trzeba i obrzmienie skóry powiek i ból, rozprzestrzeniający się na całą połowę głowy i twarzy.

W przypadku Purtschera, odczyn był znacznie silniejszy, gdyż, jak opisuje, przyszło do szybkiego i bardzo znacznego zapuchnienia całej połowy twarzy aż po szyję.

Do jakiego stopnia może być taki jad pszczoły lub osy niebezpiecznym, dowodzą przypadki, opisane przez Zander'a i Geissler'a: w jednym przyszło po kilku dniach do zejścia śmiertelnego wśród gorączki i utraty przytomności u człowieka, który przypadkowo wywrócił na siebie cały ul pszczoli i doznał licznych ukłuć na twarzy i powiekach. W drugim śmierć nastąpiła u chłopca w 10 minut po ukłuciu żądłem osy w okolicy gałązki nerwu nadoczodołowego, tuż nad wewnętrznym kącikiem. Z tego można sądzić, że jad ós jest silniejszy i niebezpieczniejszy od jadu pszczolego, wywołuje znacznie większe obrzmienie i zaognienie, mimo że żądło osy nie pozostaje w zadanej ranie. Tymczasem żądło pszczoły zakończone harpunowato, w przeważnej ilości przypadków nie mogąc być wyciągnięte, odrywa się od ciała pszczoły i pozostaje w ranie z całym przyrządem trującym.

Do najdawniejszych zapisków i spostrzeżeń uszkodzenia oka żądłem, należy przytoczony przez Zander'a i Geissler'a przypadek Krieg'a z r. 1842: Mężczyzna 60letni zgłasza się w 5 tygodni po doznanem zranieniu oka przez pszczołę, do leczenia. Bolesność oka bardzo znaczna, spojówka w stanie silnego przerostu, rogówka pokryta grubą łuszczką, tak, że uniemożliwia badanie dalszych części oka. W środku rogówki znajduje się małe nieco wystające brunatnawe miejsce, które przy dotykaniu przedstawiało pewien opór — jakby obcego ciała. Przy pomocy bardzo delikatnych szczypczyków, wyciągnięto

obce ciało, które niczem innem nie było, jak tylko dość długiem żądłem pszczolem. Po kilku dniach ustąpiło zapalenie — rogówka zaczęła się wyjaśniać, odkrywając dość znaczne hypopyon, które po kilku tygodniach dopiero znikło. Niemniej były widoczne pozostałości po zapaleniu tęczówki w postaci tylnych przyczepin.

W przypadku Purtschera chory doznał urazu w oko prawe żądłem osy. Wystąpił natychmiast silny ból, który się na całą połowę twarzy rozpromieniał. Ból ten ustąpił na drugi dzień. Obok tego wystąpiło obrzmienie całej prawej połowy twarzy, szczególnie powiek i silne zaczerwienienie. Spojówka oka prawego była żywo nastrzyknięta szczególnie od strony wewnętrznej, od dołu znaczna *chemosis*. Rogówka w wewnętrznym i dolnym odcinku powierzchownie zmętniona, najsilniej bliżej środka. Od tego zmętnienia ciągnęły się promieniste smugi o różnem nasyceniu ku obwodowi i tam się gubiły. Odpowiednio do środkowego zmętnienia znajdował się okrągły, 3 $^{m}/_{m}$ średnicy wynoszący ubytek przybłonka z ostro zaznaczonym zagłębionym punkcikiem w środku. W przedniej komórce hypopyon 1 $^{m}/_{m}$ wysokie; źrenica wolna i szersza od lewej.

Jak widzimy z obu szczegółowo przytoczonych przypadków, jako też i leczonego przezemnie, najwięcej znamionującemi i najwybitniejszemi były zmiany na rogówce. Podobieństwo zaś między moim przypadkiem a Purtscher'a leży w tem, że oba przedstawiają obraz świeżego urazu. To też ból rozchodzący się po całej połowie twarzy i głowy, opuchnięcie powiek, a szczególnie ograniczone zmętnienie rogówki, otaczające miejsce zranienia, jak również pewne podrażnienie tęczówki i ciała rzęskowego musimy uważać za kliniczne objawy świeżych urazów rogówki, zadanych żądłem pszczoły lub osy.

Literatura.

1. Hanke: Über Ophthalmia nodosa (Deutschmanns Beiträge zur Augenheilkunde 1898. Heft 23.
2. Zander und Geissler: Die Verletzungen des Auges, 1864.

3. Purtscher: Keratitis nach Wespenstich. Hirschbergs Zentralblatt f. prakt. Aghk.
4. Elschnig: Keratitis punctata superfic. Klinische Monatsbl. f. Augenheilkunde. 1895.

Obrażenie rogówki piorunem i kilka uwag nad leczeniem powierzchownych obrażeń rogówkowych.

Podał

PROF. WICHERKIEWICZ.

Obrażenia ócz przez piorun nie należą, o ile dotychczasowa literatura kazuistyczna zatem przemawiać się zdaje, do zbyt częstych. Nie mam zamiaru w niniejszym artykule omówić rozmaitych możliwości takich obrażeń, zwłaszcza, że one zestawione są w znakomitem dziele Prauna *Die Verletzungen des Auges* (Wiesbaden 1899 Verl. Bergmann) na str. 433 i następnych, ale pragnąłbym zwrócić uwagę na przypadek bądźcobądź rzadki, tem bardziej, iż łatwo mogą ujść naszej uwadze obrażenia rogówkowe, korzystając zaś ze sposobności, nawiążę słów kilka o najwłaściwszem leczeniu takich i tym podobnych obrażeń rogówkowych wogóle.

Zacznę od opisania wypadku, który jest powodem niniejszych uwag:

Podczas gwałtownej burzy, jaka szalała w dniu 17 maja b. r. prawie w całem Księstwie Cieszyńskiem, odbywał się w Koniakowie koło Cieszyna pogrzeb. Ponieważ czarne nadciągały chmury, pochowano szybko trupa, a następnie pastor Dr P. wygłosił mowę pogrzebową w kaplicy cmentarnej. Wśród tego aktu uderza piorun w wieżę, dostaje się do wnętrza kaplicy i dokonuje ogromnego spustoszenia. Wszyscy obecni upadli ogłuszeni, 14 osób straciło życie, a 40 osób zostało mniej lub więcej porażonych. Pastor Dr P., który przybył do mnie w dniu 28 maja b. r., podając bliższe szczegóły

co do swej osoby, opowiada, że przemawiając przy stole, na którym znajdował się krzyż, stracił nagle przytomność, i dostał się pod ten stół, skąd go później, może w pół godziny, wyciągnięto. Odzyskawszy przytomność, uczuł ucisk na czaszce »jak z ciężkiego snu«, nadto osłabienie kończyn, ciężkość powiek i warg. Przez kwadrans trudność mówienia, język miał zbaczać i twarz miała być nadętą i czerwoną przez dwie godziny. Wszystko jednak ustąpiło — tylko zapalenie obu ócz zwłaszcza prawego oka pozostało. Wzrok rzekomo nie ucierpiał, a głównie dolega silny ból, łzawienie, niemożność patrzenia i światłowstręt. Leczył się od pierwszej chwili: *coca*, okłady z wody ołowianej i *collyrium adstringens*, ale mimo środków zastosowanych stan oczu nie poprawia się.

Badając chorego 50l. dobrze zbudowanego, znalazłem następujący stan ócz:

Pro.: Powieki trochę nabrzmiałe, czerwone, spojówka gałki a także powiek przekrwiona. Rogówka pozornie zdaje się być prawidłowa, przy bocznem jednak oświetleniu widać w górnej połowie lekkie zmętnienie. Zmętnienie to spowodowane przez drobne ubytki, odgranicza linia ukośnie przebiegająca, a poniżej tej linii jeszcze maleńki nieco większy ubytek. Lo. Stan spojówki podobny ale daleko słabszy, spojówka gałki górą trochę przekrwiona. Na rogówce zaledwo przez lupę widać kilka drobniutkich nabłonkowych ubytków.

Rozpoznano: *Laesio corneae superficialis, keratalgia oc. utr. praecipue oc. dextri.*

O badaniu wzroku nie mogło być mowy z powodu silnej wrażliwości ócz.

Leczenie polegało na opłukaniu woreczków spojówkowych letnim kwasem borowym, na włożeniu do worka maści kokainowej 2$^0/_0$, a na brzeg maści thigenolowej i założeniu opaski ustalającej zwojowej. Po kilku godzinach jeszcze ból, lubo słabszy. Zdjąwszy opaskę, zastosowałem tesame środki i nową opaskę założyłem, przyjąwszy chorego do prywatnej kliniki.

Nazajutrz dowiedziałem się, że tenże od 12 dni po raz pierwszy dobrą miał noc, nie doznając już prawie żadnego bolu.

Oko znalazłem o wiele mniej podrażnionem, ale zawsze jeszcze kilka drobnych na prawej rogówce ubytków. Tesame zastosowawszy środki, znowu obuoczną założyłem opaskę papierową, polecając pozostać w łóżku. Opaskę zmieniałem dwa razy dziennie. Chory wprawdzie zaznacza dn. 30/5, że jeszcze odczuwa lekką niedogodność w oku, co tłomaczyłem tem, że rogówka nie przedstawiała się zupełnie równą, ale bolu nie ma i czuje już wielką swobodę w porównaniu do dawniejszego stanu. Dla lepszego wyrównania ubytków zastosowałem teraz 5% maść dioninową i dałem zawsze jeszcze na oba oczy opaskę papierową uciskową. Wieczorem pomijając lekki nabieg spojówki jako pozostałość dioniny, znalazłem rogówkę gładką, lśniącą, równą. Zostawiłem więc chorego bez opaski, a nazajutrz dnia 31 maja nie było już śladu przebytych zmian ocznych z wyjątkiem lekkiego zaczerwienienia powiek. Badanie bystrości wzrokowej wykazało tamże u obu ócz 10/12 Mp. 4 Sn. 0 5 od 12 do 46 cm.

Wziernik nie odkrył żadnych ważniejszych zmian ani w ośrodkach, ani też na dnie oka.

Chory powrócił do siebie do zajęć zwykłych, a w dwa tygodnie później doniósł mi, że stan dobry utrzymuje się*).

Zachodzi pytanie, w jaki sposób obrażenie w przypadku powyższym przedstawione, przyjść mogło było do skutku?

Wiadomo, że obrażenia ciała naszego w czasie burzy dokonują się w ten sposób, iż piorun przez ciało przejdzie, albo w z d ł u ż n i e g o do ziemi się dostaje. Ale nawet samo uderzenie w najbliższem sąsiedztwie ciała już zmiany pewne wywołać może. Silny wstrząs ciała, a w pierwszym razie nawet zadziałanie termiczne daje powód do rozmaitych zmian. Naczynia krwionośne rozszerzają się, pękają, przychodzi do wynaczynienia. Widywano porażenia rozmaitych nerwów ocznych, spalenie rzęs, o b r a ż e n i a r o g ó w e k, a nawet

*) W czasie korekty niniejszej pracy miałem raz jeszcze sposobność widzieć i badać byłego chorego i przekonać się, że żaden nie pozostał ślad cierpienia ani przedmiotowy ani podmiotowy.

zaćmy. Właśnie ostatnie najwięcej budzą ciekawości i dopuszczają rozmaity sposób tłómaczenia. Tłómaczenie biorące za podstawę wstrząs, a zatem podstawę urazową zdaje się być najwłaściwszem.

Obrażenie rogówki tak powierzchowne, iż mogło ujść baczności lekarza zwłaszcza nie dość wprawnego w badaniach tego rodzaju, nastąpiło może przez promienie pozafiołkowe chemicznie działającego silnego prądu elektrycznego. Niewątpliwie były one powodem spalenia nabłonka, które, jak i inne w takich przypadkach objawy oczne, dotyczyło obu ócz lubo właśnie po jednej stronie wybitniej.

Czy tu obrażenia te, jak w przypadkach wynaczynień skóry, miały postać dendrytyczną, nie udało mi się stwierdzić.

Chory przez dni prawie dwanaście dotkliwy miał ból i światłowstręt pochodzący od obrażenia rogówkowego. Pozbawiało go to snu, a we dnie pracować nie pozwalało, jednak prawie wcale, jak się zdaje, nie domyślano się związku przyczynowego tych objawów niewłaściwie przypuszczając wpływ prądu elektrycznego na nerw czuciowy, t. j. na gałęzie nerwu trójdzielnego.

Gdy obrażenia powierzchowne rogówki, jak każdemu z nas wiadomo, są zwykle bardzo dokuczliwe, a ciągłe poruszania powiek wzmożone właśnie mruganiem zwrotnem, dawają powód do strącania nabłonka świeżo odtworzonego, powstaje błędne koło, z którego trudno wyjść lekarzowi, a trudniej jeszcze i przykrzej choremu. A jednak sprawa jest dość prosta, byle celem zastosowania środków uprzytomnić sobie, że w pierwszej linii chodzi o unieruchomienie gałek obu na dni kilka, by ubytek mógł nowo wytworzonym pokryć się nabłonkiem, a tenże ustalić się. Aby chory mógł jednak znieść opaskę, trzeba mu oczywiście dawać odpowiedni środek kojący w postaci maści akoinowej albo kokainowej. Jeżeli ubytki są silniejsze, głębsze, wtenczas dionina niezmiernie przyczynia się do szybszego onych wypełnienia.

Tak zwane przez jednych autorów *traumatische recidivirende Erosion der Hornhaut* (R e u s s), przez drugich *Dehiscenz*

des Hornhautepithels (Szili), a przezemnie powrotna urazowa nerwica rogówki »*recidivirende traumatische Hornhautneuralgie*« — (Wiener klin. Wochenschrift 1898, Nr 37), mając właśnie powód w obrażeniu nabłonka ciągle drażnionego przy niestosownem zachowaniu się chorego, a więcej jeszcze niestosownem leczeniu przewleka się i wiele sprawia chorym dolegliwości, podczas kiedy należyte leczenie chorobę w krótkim czasie usuwa.

Jako jeden z licznych przykładów szczęśliwie zwalczanych tych chorobowych zmian, niech mi wolno będzie przytoczyć następujący w roku ostatnim leczony przypadek:

Pan G. lat 45, aptekarz z S. przybył do mnie dn. 13/3 b. r. rano, podając, że przed 5 dniami prawe oko zaprószyło się. Uczuł silne zawadzanie. Nazajutrz lekarz usunął coś igłą z rogówki, ale od tego czasu więcej jeszcze i stale oko boli. U chorego zdenerwowanego znalazłem: Silne przekrwienie spojówki całej, a na rogówce ubytek nieregularny wielkości ziarna konopi. Otoczenie lekko zmętnione i wyniosłe. Ponieważ chory oświadczył, iż doznaje bardzo przykrego bolu, pozbawiającego go snu, dałem mu, oczyściwszy oko, maść kokainową, opaskę zwojową na oko dotknięte, nadto wewnętrznie heroinę. W sześć godzin później: znowu ból, stan oka niezmieniony. Leczenie: Suprarenina (skutek nie występuje).

11/3 po południu: Po zastosowaniu suprareniny i dioniny, ból ustał pod opaską obuoczną, ale około godziny 9 wieczorem dawał się znowu nieco we znaki. Po zdjęciu opaski, powieka górna przedstawia się nieco nabrzmiała, spojówki wygląd jeszcze niezmieniony, ale ubytek rogówkowy już w obwodowych częściach zgrubiałym, pokryty nabłonkiem, a tylko mała część środkowa jeszcze obnażona.

Suprarenina, dionina, opaska, ewent. na noc sulfonal.

14/3. Ból ustaje pod opaską na 4—6 godzin, miejsce obrażenia już się pokryło błonką wystającą, szarą.

Atrop. ung. thigen. na pro. opaska spirytusowa, lo. zwyczajna. 15/3. Pod wpływem opaski chory miał noc spokojną, dziś rano *monoculus.*

Wieczorem, gdy chory wyszedł z kliniki, doznał znowu bolu i to znacznego. Opaska jak wczoraj. 17/3. Rano pod opaską zupełnie dobrze, wrzodzik rogówkowy gładki, powstała plama nieznaczna. We dnie *monoculus,* na noc *binoculus.*

Odtąd stosowano jeszcze dalej tesame środki, a mianowicie zewnętrznie na powieki maść 5°/₀ thigenolową, na noc maść dioninową i obuoczną opaskę papierową ustalającą.

Ostatnia jest w takich razach lepszą od zwojowej, która przy poruszeniach głowy przesuwa się i oko drażni. Chory już żadnego nie doznaje bolu, wogóle żadnych dolegliwości, a w tydzień po rozpoczęciu kuracyi tej, ubytek rogówkowy zagoił się, pozostawiając na razie plamkę powierzchowną. Źrenica ruchoma 6 mm szeroka a Wpro.: 5/5 cyl. — 1,5. 90 c. — 0,5. Sn. 0,5 c. plus 2:30. Wlo. 5/5 Mp. 0,5. Sn. 0.5 c. plus 2:30. Ast. pro. 90°/41.5°. 43 Ast. lo. 90°/42, 0°/43.

Na podstawie doświadczeń wieloletnich doszedłem więc do przekonania, iż do skutecznego zwalczania tych obrażeń rogówkowych spowodowanych zazwyczaj urazem, najgłówniejszym warunkiem jest założenie opaski ustalającej i to nie na jedno oko ale na oba, a chory przytem w łóżku pozostać winien. Dla uśmierzenia przemijającego bolu poprzednio stosować trzeba maść kokainową 2°/₀ lub akoinową 1°/₀. Jeżeli zaś ubytek nieco większy, a regeneracya nie szybko postępuje, oddaje dionina nieocenione usługi. Zazwyczaj trzy dni wystarczają, by chorego zupełnie uwolnić od przykrych dolegliwości i zabezpieczyć go przed trwałemi następstwami, jakiemi zmętnienia wskutek nacieku być mogą. Że te wymagają odpowiednich środków i leczenie przedłużają, zbyteczna chyba dodawać.

Na zakończenie dodam, że Franke w tow. biologii w Hamburgu 27 lutego b. r. *(Münchener med. Wschrift Nr. 19)* przekonawszy się o wielkiem rozluźnieniu nabłonka w przypadkach t. z. keratalgii urazowej stawia hypotezę, że w przypadkach tych i podobnych rozchodzi się o nabieg chorobowy rogówkowego miąższu, pochodzenia troficznego i że przez wydzielający się płyn nabiegowy nabłonek zostaje odczepianym od swej podstawy.

Byłby to więc słabszy stopień tworzenia się pęcherzyków. Franke nazwał tę sprawę *„ballonirende Degeneration des Hornhautepithels"*.

Jeżeli w jakim przypadku, to właśnie w porażeniu przez piorun możnaby pomyśleć o takiem troficznem zaburzeniu, wątpię atoli. by ono dało się przyjąć i dla zwykłych nieznacznych obrażeń urazowych rogówki, które jak wiadomo właśnie łatwo do powrotnych erozyi prowadzą.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique. R. 1906. Nr 2. (Referent Doc. Dr K. W. Majewski).

Wyniki usuwania przezroczystej soczewki przy silnej krótkowzroczności (Résultats de l'ablation du cristallin transparent dans la myopie forte). de Font-Réaulx.

Od czasu, kiedy usuwanie przezroczystej soczewki w przypadkach krótkiego wzroku znacznego stopnia zaczęło być stosowane na szeroką skalę, t. j. mniej więcej od lat dziesięciu, ogłoszono 1620 operowanych przypadków. Zdawaćby się zatem mogło, że operacya ta została powszechnie przyjętą, tymczasem tak nie jest. Tą wielką bowiem cyfrą ogłoszonych spostrzeżeń dzieli się stosunkowo szczupła garstka operatorów, bo nie więcej, jak 80ciu, ogromna zaś większość okulistów, albo nie wykonywa tej operacyi wcale, albo tylko bardzo rzadko. Ponieważ zasada usuwania przezroczystej soczewki przy wysokiej myopii ma jeszcze wielu otwartych przeciwników, przeto operacyi tej nie można jeszcze uważać za metodę leczniczą, powszechnie uznaną i przyjętą. Dlatego to autor podjął się przejrzeć całą literaturę fakolizy, dziś już tak obszerną, aby na tej podstawie jasno zdać sobie sprawę, czy i jaką wartość operacya ta przedstawia, i jakich korzyści dla operowanego możemy się po niej spodziewać. Rozróżnić należy doraźny wynik operacyi od wyników późniejszych, stwierdzonych po upływie szeregu lat. Nie ulega wątpliwości, że w ogromnej większości przypadków fakoliza w przypadkach myopii, przekraczającej 15 D zmniej-

sza refrakcyę do tego stopnia, że operowany widzi w dal bez porównania lepiej niż przed operacyą. Najkorzystniejsze są te przypadki, w których pozostaje mały stopień myopii, a zatem te, których Mp. poprzednio wynosiła co najmniej 20 D. Wtedy bowiem przez słabe szkło wzrok na odległość jest wystarczający, a zarazem operowane oko, nie uzbrojone, może oddawać dobre usługi przy pracy z bliska. W przypadkach, gdzie po operacyi powstaje hyperopia, lub przynajmniej, gdzie do patrzenia na małą odległość potrzebne jest jakiekolwiek szkło wypukłe, poucza doświadczenie, że chorzy o wiele chętniej używają do pracy z bliska, jeżeli to tylko możliwe, drugiego nie operowanogo oka. Oprócz zmniejszenia stopnia myopii odnoszą operowani drugą niezaprzeczoną korzyść bezpośrednią, bardzo często mianowicie poprawia się znacznie bystrość wzroku tak, że po operacyi widzą lepiej w dal przez szkło słabe, niż przed operacyą przez silne. O korzystnym wpływie fakolizy na przebieg powikłań myopii ze strony naczyniówki i siatkówki zdania są bardzo podzielone. Na podstawie danych z literatury przychyla się autor do zapatrywania tych, co brak soczewki uważają za okoliczność dla przebiegu tych powikłań w najlepszym razie obojętną. Co do oderwania siatkówki, trzeba niestety zgodzić się na to, że przy wielkiej skłonności do tego schorzenia, oczy w wysokim stopniu krótkowzroczne, przez wielokrotne nieraz zabiegi operacyjne, jakich wymaga fakoliza, są bardziej może na nie narażone, niż zazwyczaj, a do zwiększenia niebezpieczeństwa przyczynia się zapewne i to, że przez usunięcie soczewki pomniejszona zawartość rozdętej i wydłużonej gałki ocznej sprzyja powstaniu odczepienia. Im bardziej mnożą się przypadki fakolizy, przez dłuższy szereg lat starannie spostrzegane, tem bardziej statystyka zdaje się potwierdzać powyższe przewidywania teoretyczne. Tosamo mniej więcej odnosi się do jaskry następowej. Wystąpić ona może zaraz po pierwszej dyscyzyi, jeśli się nie dość bacznie czuwa nad pęcznieniem zaćmiewającej się soczewki, ale i gdy to chwilowe niebezpieczeństwo zostanie zażegnane, wiadomo, że i w późniejszych okresach czyto zrost tęczówkowy, czy wgłobienie tęczówki w bliznę operacyjną może dać powód do wzmożenia napięcia. Im dłużej się spostrzega przypadki po dokonanej operacyi, tem częściej spotyka się tego rodzaju powikłania. Jedno z najważniejszych pytań, co do odległych wyników fakolizy, odnosi się do postępów krótkowzroczności. Wielka część autorów podnosi jako ważną zaletę fakolizy, że powstrzymuje ona zupełnie, lub w znacznej mierze dalsze postępy myopii. Autor wykazuje, że zapatrywanie to we wielu razach polega na pomyłce, zbyt często się bowiem zapomina, że, gdy wydłużenie osi przednio-tylnej o 1 mm sprowadza w przybliżeniu

w oku zwyczajnem przyrost refrakcyi o 3 D., to w oku pozbawionem soczewki tylko o 1·5 D. Wynika z tego, że jeśli oko operowane pod względem postępów myopii pozostaje w tyle poza okiem drugiem, nie operowanem, to nie można z tego wnosić, że wydłużenie gałki ocznej, a temsamem wszystkie związane z niem niebezpieczeństwa po tej stronie są mniejsze. Krótko mówiąc, dochodzi autor do wniosku, że fakoliza, zmniejszając lub usuwając krótkowzroczność, usuwa tylko jeden z objawów ogólnego schorzenia gałki ocznej, które idzie dalej swoim torem, o ile zapomocą innych sposobów leczenia nie położymy tamy postępom choroby. Z wywodów autora wynika, że ograniczając fakolizę do pewnych tylko nadających się do niej przypadków, możemy spodziewać się dla chorego pewnych korzyści, operacyę tę jednak musimy uważać za jeden z najpoważniejszych zabiegów ze względu na rozliczne niebezpieczeństwa, jakie zagrażają oku bezpośrednio i w odleglejszej przyszłości i to zarówno wskutek operacyi, jak i pomimo operacyi.

Zapalenie nerwu wzrokowego z przeziębienia (De la névrite optique »a frigore«). Bichelonne.

24letni infanterzysta po powrocie z całodziennego ćwiczenia przespał noc, leżąc na wilgotnej ziemi. Nazajutrz zamglenie wzroku przed okiem prawem. Po poradę zgłosił się dopiero w 3 miesiące, gdy oko prawe przestało widzieć przedmioty. Badanie wykazało: *Neuritis optica oc. dextri.* Mimo starannego leczenia przyszło do zaniku nerwu wzrokowego. Stan zdrowia ogólnego zupełnie dobry, żadnej skazy, ani wrodzonej, ani nabytej, ani też żadnej choroby ogólnej zakaźnej. Zdaniem autora jest to *neuritis optica „a frigore“*. Przemawia zatem i to, że chory spał, przyłożywszy prawą skroń do ziemi, i po prawej stronie dostał zapalenia nerwu.

Objawy podrażnienia współczulnego, zależne od nadwichnięcia soczewki (Phénomens d'irritation sympathique consécutifs à la subluxalion du cristallin) Roure.

Cztery spostrzeżenia własne, w których równocześnie z nadwichnięciem soczewki na jednem oku, występywały objawy zadrażnienia współczulnego na oku drugiem. Zwłaszcza dwa pierwsze okazują wyraźny związek przyczynowy między zmianami na obu oczach. W pierwszym przypadku, ilekroć zaćmiona i nadwichnięta soczewka wysunęła się ku przedniej komorze, opierając się o brzeg źreniczny, występywały na drugiem oku: światłowstręt, nastrzyknięcie rzęskowe i osłabienie wzroku. Po usunięciu soczewki objawy te nie ponowiły się więcej. W drugim przypadku soczewka była

zaćmiona i skostniała, nie wywoływała jednak żadnego podrażnienia. Po 10 latach uraz, nadwichnięcie soczewki i silne objawy zadrażnienia współczulnego na oku drugiem. Po wyjęciu zaćmy oko drugie uspokaja się zupełnie. Podobne spostrzeżenia ogłosili także już dawniej: Vuillomenet i Suarez de Mendoza.

Nr 3.

Włókniak śluzowy spojówki gałkowej (Fibrome muqueux de la conjonctive bulbaire). Trousseau.

W zakładzie oftalmicznym im. Rothschilda operował autor 57letniego mężczyznę z powodu guzka zajmującego spojówkę gałki oka lewego na wewnątrz od rogówki. Guzek różowej barwy, powierzchni gładkiej, wielkości małej fasoli, miękki, szeroko zrośnięty ze spojówką gałkową. Badanie histologiczne wykonane przez Dra Duclos'a, wykazało utkanie, odpowiadające włókniakowi, który w swych częściach głębszych uległ zwyrodnieniu, a w warstwach powierzchownych utworzony był z silnie unaczynionej tkanki łącznej.

Zapalenie nerwu wzrokowego jednostronne po odrze. Zanik tarczy następowy (Névrite optique infectieuse monalatérale post-rubéolique. — Atrophie papillaire consécutive). Vaucresson.

U 24letniego infanterzysty przyszło w okresie rekonwalescencyi po odrze o lekkim przebiegu zapalenie nerwu wzrokowego na oku prawem. Przebieg był szybki i niepomyślny. Mimo, że chory nie przechodził kiły, podano mu rtęć i jod, oraz zastrzykiwano sublimat podspojówkowo. W ciągu 7 tygodni sprawa przeszła w zupełny zanik tarczy nerwu wzrokowego. Autor podnosi silne bóle głowy, których natężenie nie odpowiadało lekkiej postaci odry. Przypisuje je zadrażnieniu opon mózgowych, z których zakażenie mogło przejść bezpośrednio na nerw wzrokowy. Godnym uwagi jest także stosunkowo szybki i ciężki przebieg zapalenia nerwu.

Nagła utrata wzroku wskutek krwotoku wśródgałkowego (Perte subite de la vision par hémorrhagie intraoculaire et son traitement). Didikas.

Autor opisuje przypadek krwotoku do ciała szklistego u kobiety w wieku przejściowym, dotkniętej zmianami w sercu i miażdżycą tętnic, a ponadto objawami gośćca stawowego. Zachodziło również podejrzenie przebytej przed laty kiły. Krew uległa wessaniu pod wpływem leczenia napotnego oraz wstrzykiwań sinku rtęci. Chora wzrok odzyskała, pozostało jednak obwodowe odczepienie siatkówki.

Archiv f. Augenheilkunde. T. LIV. Z. 1. (Referent Dr B a ł-ł a b a n).

Pięć przypadków gruźlicy oka leczonych tuberkuliną T. R. (5 Fälle von Tuberculose des Auges unter der Behandlung mit Tuberculin T. R.). Dr W o l f r u m.

Autor opisuje trzy przypadki gruźliczego zapalenia tęczówki i 2 przypadki takiegoż zapalenia twardówki, które były leczone zastrzykiwaniami tuberkuliny. W 4 przypadkach były także narządy wewnętrzne gruźlicą zajęte. W przeciągu $^1/_2$ roku nastąpiło w 4 przypadkach wyleczenie bez nawrotów. W jednym z tych przypadków nie można było wyleczenia przypisać li tylko działaniu tuberkuliny, gdyż musiano równocześuie zrobić irydektomię a to z powodu powstania następowej jaskry. W innym przypadku wynik był ujemnym mimo dwukrotnego leczenia, co autor przypisuje za małej ilości zastrzykiwań wykonanych w poszczególnych seryach. Z tego też powodu radzi on w przypadkach podobnych ponawiać serye wstrzykiwań i to mniej więcej w miesiąc po ustaniu objawów zapalnych. We wszystkich przypadkach leczonych tuberkuliną, występowała w 14 dni lub conajwyżej w miesiąc po rozpoczęciu leczenia reakcya, przyczem następnie uleczenie następowało bez ostrego okresu pośredniego. Zastrzykiwania rozpoczynano początkowo od bardzo małych dawek i to $^1/_{500}$ częścią przetworu suchego lub 0·0001 częścią płynu oryginalnego, przyczem dawkę zwiększano do 0·4 cgm^3 płynu lub do 5 mgm. przetworu suchego.

Badania doświadczalne nad działaniem niweczników (Antikörper), na składniki siatkówki (Experimentelle Untersuchungen über Antikörper gegen Netzhautelemente). H e s s i R ö m e r.

Wybiórcze czynności antyhemolityczne przybłonka barwikowego i siatkówki (Elective antihämolytische Functionen des Pigmentepithels und der Retina).

Właściwej podstawy fizyologicznego odżywiania i zmian patologicznych przybłonka barwikowego i siatkówki szukać należy w ich zachowaniu się względem prawidłowej krwi. Wychodząc z tego założenia, badali obydwaj autorowie zachowanie się tych tkanek wobec prawidłowej surowicy i wyzyskali w tym kierunku działanie hemolityczne surowicy.

Następnie opisują oni pokrótce sposób, w jaki się otrzymuje białko siatkówki i to w 0·85$^0/_0$ rozczynie ze solą kuchenną, a także

jako przetwór suchy, dalej sposób otrzymania białka z nerwu wzrokowego, naczyniówki i przybłonka barwikowego. Z wyjątkiem naczyniówki, która nie posiada działania antyhemolitycznego albo tylko w bardzo małym stopniu, udało się autorom dowieść, że wszystkie inne powyżej wymienione tkanki posiadają znaczne działanie antyhemolityczne. Po zmieszaniu prawidłowej i to na pewno hemolitycznej surowicy z komórkami barwikowemi i przesączyną siatkówki, do której w 20—30 minut później domieszano odpowiedniego rodzaju krwi, dało się w rozczynie tym wykazać t. z. hemolizyny, których działanie zostało usuniętem przez poszczególne rodzaje tych tkanek, z których krew była brana. Do tych badań używali autorowie surowicy ludzkiej i 7 rodzai surowicy różnych zwierząt. Badania tyczyły się głównie ócz świńskich i wołu, a wyniki zebrane w tabelę uwidaczniają dokładnie cały szereg wybiórczego antyhemolitycznego działania przybłonka barwikowego i siatkówki.

Te objawy stają się jednak dopiero wówczas bardzo wyrazistemi, jeżeli się porówna równocześnie różnorakie działania hemolityczne, właściwe jednemu i temu samemu rodzajowi surowicy na jedną tkankę. W takim razie doniosłość różniczkowania jest tak znaczną, że daje się z łatwością rozróżnić przy pomocy prawidłowej ludzkiej surowicy i krwi gołębia, czy n. p. przybłonki barwikowe, znajdujące się w szklanej rurce, należą do oka świni, czy też do oka wołego. Następnie zastanawiają się autorowie nad analizą antyhemolitycznego działania przybłonków barwikowych i siatkówki. Z przeprowadzonego badania ich przypadków wynika, że wstrzymanie działania hemolitycznego zapomocą składników siatkówki, polega na łączności i związaniu się toksyn.

Drogą odporności wytworzone niweczniki (Antikörper) przeciwko pręcikom siatkówki (Immunisatorisch erzeugte Antikörper gegen Netzhautkörper).

Autorowie badali zachowanie się pręcików siatkówki w solnych rozczynach o różnorakiem zgęszczeniu i przekonali się, że pręciki włożone do fizyologicznego rozczynu soli kuchennej zachowują swą postać całkowicie podczas trwania doświadczeń. Wobec tego należy zmiany w nich występujące przypisać stanowczo swoistemu wpływowi ciała zwierzęcego.

Następnie zastrzykiwali autorowie do jamy brzusznej świnki morskiej rozczyn, składający się ze siatkówki rozpuszczonej w t. z. płynie R i n g e r a i znaleźli, że świeże pręciki oka wolego zmniejszały się co do ilości już po upływie $^{3}/_{4}$ godziny, po 2 zaś godzinach znikały zupełnie. Pręciki oka wolego nadają się do tych badań o wiele lepiej, aniżeli innych zwierząt. Rozczyn ten

zastrzykiwali następnie autorowie w głąb jamy brzusznej zwierząt, które już kilkakrotnie poprzednio poddane zostały takim doświadczeniom i przekonali się: 1) że w surowicy tych zwierząt znikają pręciki szybciej, często już po upływie kilku minut; 2) że zwierzę takie wykazuje często zdolność aglutynacyi. Z przeprowadzonych badań wysnuwają autorowie wnioski, że organizm zwierzęcy posiada zdolność wytwarzania istot, które wśród właściwych warunków mogą wpływać szkodliwie i swoiście na składniki siatkówki. Te odkrycia mogą rzucić pewne światło na niektóre zagadnienia patologii siatkówki.

Spostrzeżenia nad jednostronną odruchową martwotą źrenicy (Beobachtungen über einseitige reflektorische Pupillenstarre). Dr Caspar.

W przeciągu 14 lat spostrzegał autor na 26.000 chorych 7 przypadków jednostronnej odruchowej martwoty źrenicy. Zmiana ta tyczyła się o wiele częściej mężczyzn, aniżeli kobiet i to w stosunku 6:1. Przyczyną były w jednym przypadku *tabes*, w 2 przypadkach porażenie postępowe, 2 razy zaś okaleczenie głowy. Dno oka było zawsze prawidłowe. W 3 przypadkach źrenica nieprawidłowa była węższą, w 3 znowu szerszą od źrenicy zdrowej. W jednym przypadku były źrenice równomiernie szerokie. Z wyjątkiem jednego przypadku oddziaływały one na akomodacyę i na zbieżność zawsze bardzo dokładnie, w 3 przypadkach nawet o wiele żywiej, aniżeli to prawidłowym stosunkom odpowiada. Objaw ten da się objaśnić zapatrywaniem Heddäusa, wedle którego gałązka tęczówkowa nerwu trzeciego składa się z dwóch części zupełnie oddzielnych od siebie. Rozdział ten tyczy się nie tylko jądra, lecz i dalszego przebiegu.

Takiemu pojmowaniu tej sprawy sprzeciwia się autor i sądzi, że powyższa gałązka nerwu okoruchowego powstaje z połączenia się dwóch połówek, z których jedna wychodzi z tej części jądra zdziergacza źrenicy, która służy tylko do przenoszenia odruchu świetlnego, druga zaś połowa wychodzi z odrębnej części jądra zdziergacza, w której znajdują się włókna nerwowe z ośrodka dla akomodacyi i dla zbieżności. Z tej ostatniej części przeciągają znowu włókna do jądra akomodacyi, który następnie zaopatruje mięsień rzęskowy. Tak więc staje się zrozumiałem, że przy jednostronnem zaburzeniu tej części nerwu, która pośredniczy w odruchach świetlnych, wywołanym zostaje i to równocześnie z pobudzeniem mięśnia rzęskowego, skurcz zwieracza źrenicy tej samej strony; podczas gdy po stronie przeciwnej stan pozostaje prawidłowym. Gdy więc w przypadkach tych staje się łatwem do zrozumienia powstanie mydriazy,

to pojawienie się miozy tłumaczy autor w ten sposób, że włókna pośredniczące w zwężeniu źrenicy nie zanikają całkowicie, a jest także możliwem, że pewną rolę odgrywa przy tem podrażnienie, powstałe przez zmiany zapalne.

Przypadek wrodzony symetrycznego braku naczyniówki i siatkówki poza obrębem żółtej plamki (Ein Fall von symmetrischem angeborenen Mangel der Chorioidea und Retina ausserhalb der Maculagegend). Dr Landmann.

U 44letniego mężczyzny dał się wykazać wziernikiem następujący stan: Dno oka posiadało białawy odblask wskutek przeświecania twardówki. Wśród tego zabarwienia wyróżnia się tylko tarcza wzrokowa, na której naczynia są bardzo znacznie zwężone i zwój naczyń w okolicy plamki żółtej, mający przekrój mniej więcej 1 tarczy wzrokowej. Z tego zwoju ciągną ku górze naczynia i to w kierunku do dających się tutaj spostrzegać żył wirowych *(vortex).*

Na oku lewem stan był podobnym do opisanego powyżej stanu oka prawego, przyczem nie widać było naczyń naczyniówki.

Zdaniem autora rozchodzi się w tym przypadku o zaburzenia w rozwoju naczyniówki i siatkówki, przy równoczesnem zatkaniu wszystkich naczyń, t. z. *Arteriae ciliares poster. longae* i o zatkanie t. z. *Art. cil. poster. breves,* z wyjątkiem tych tętnic, które zasilały zwój tętnic żółtej plamki.

Porażenie mięśnia prostego zewnętrznego z powodu zaburzeń przy miesiączkowaniu (Abducensparese infolge von Menstruationsstörungen). Dr Wingenroth.

Autor opisuje przypadek porażenia mięśnia zewnętrznego, powstałe w następstwie bardzo skąpej miesiączki. Porażenie to zniknęło całkowicie przy następnej miesiączce, która była już całkiem prawidłowa.

Powstanie takiego porażenia da się w następnjący sposób wytłumaczyć:

I. Ponieważ u chorej zaburzenie w miesiączkowaniu wystąpiło z powodu fizycznego znużenia, więc jest możliwem, że porażenie mięśnia było spowodowanem małym krwotokiem mózgowym, powstałym przez nadmierną i wytężoną czynność serca.

II. 1) Przekrwienie mózgu wskutek t. zw. *suppressio mensium.*

a) Z równoczesnym krwotokiem mózgowym.

b) Bez krwotoku.

2) Szkodliwość została spowodowana zatrzymanemi w ustroju toksynami, a przyczyną tego było właśnie zatrzymanie się regularności.

Że przyczyną porażenia i to pośrednią lub też bezpośrednią była właśnie regularność, to wynika z tego, że porażenie to ustało całkowicie po pierwszej miesiączce prawidłowej i w przebiegu roku nie pojawiło się, jak również brak było jakichkolwiek objawów rdzenio-mózgowych.

O symetrycznem tłuszczakowatem zgrubieniu górnych powiek (Über symmetrische Lipomatosis der Oberlider). Prof. Bach.

Autor opisuje przypadek, w którym u 21letniej chorej w 6ym roku życia jedna z powiek nagle się zaczerwieniła i obrzękła. Objawy te wkrótce ustały. Natomiast w 10ym roku życia ponowiły się i ustaliły na zawsze, przy czem obrzęk i zaczerwienienie wzmagały się przy każdorazowem miesiączkowaniu, jak również i przy nadmiernych fizycznych wysiłkach. W celach kosmetycznych usunął autor te zgrubienia przez odpowiednią operacyę, przy czem wyciął skrawek tłuszczu, ograniczony dokładnie od strony oczodołu, $2^1/_2$ cm długi i 1 cm gruby. Badanie drobnowidowe wyciętych części nie wykazało żadnych zmian niezwykłych. Sądzi więc autor, że nagromadzenie się tłuszczu w górnej powiece zostało spowodowanem t. zw. *blepharochalasis* i jest on zdania, że w przypadku tym rozchodzi się o tłuszczak, za czem też przemawia całkowite ograniczenie tych części od strony oczodołu. Objawy kliniczne przemawiają również za tem rozpoznaniem, gdyż powieki były w dotyku sprężyste i chełbocące. Autor sądzi dalej, że podobne zmiany mogłyby powstać także pod wpływem nieprawidłowego unerwienia, za czem zdaje się przemawiać symetryczność tych zmian.

Zmiany te radzi autor nazwać symetrycznem otłuszczeniem *(symmetrische Lipomatosis)*, podczas gdy nazwa *Blepharochalasis* pozostałaby tylko dla oznaczenia t. zw. *Ptosis atonique.*

Anatomiczny przyczynek do istoty wrodzonych zmętnień rogówki (Ein anatomischer Beitrag zum Wesen der angeborenen Hornhauttrübungen). Dr Seefelder.

Autor miał sposobność badać anatomicznie jeden z tych 3 przypadków, które były opisane w tomie 35 tego archiwu, a tyczyły się obustronnego wrodzonego zmętnienia rogówki. Mógł on przy tem potwierdzić rozpoznanie *leucoma adhaerens.* Tę okoliczność, że rogówka prawie w $^2/_3$ części była zmienioną w bardzo nieprawidłową tkankę łaczną, da się tem tłómaczyć, że w życiu śródpłodowem cała ta część rogówki była zropiałą. Ropienie to spowodowało przebicie rogówki, przyłożenie się i przyrost tęczówki, przy-

czem powstała także zaćma torebkowa. Tak samo mógł autor potwierdzić istnienie zmian zapalnych w przedniej części jagodówki, za czem przemawiało istnienie licznych mas włóknikowych w okolicy wypustów rzęskowych i tylnej powierzchni soczewki.

Archives d'Ophtalmologie. 1906. (Ref. K. W. Majewski).

Nr. 1.

Pierwotna gruźlica spojówki i jej następstwa; spojówka, jako wrota zakażenia gruźliczego. (Tuberculose primitive de la conjonctive et ses conséquences: la conjonctive, porte d'entrée de la tuberculose). Cabannes.

Autor omawia pierwotną gruźlicę spojówki tylko o tyle, aby wykazać, że spojówka może stać się bramą dla gruźliczego zakażenia całego ustroju. Do worka spojówkowego z łatwością dostać się mogą z powietrza wszelkiego rodzaju drobnoustroje, a więc i prątki gruźlicze, które wywołują nierzadko spostrzegane zmiany na spojówce powiek i załamków, a także na spojówce gałki i na rogówce. Jama ust, w szczególności migdały i jama nosowa nader często, jak wielokrotnie wykazano, stanowią wrota dla zakażenia gruźliczego, zwłaszcza gruczołów szyjnych. Ich błona śluzowa może przytem sama nie okazywać zmian gruźliczych, podobnie jak niejednokrotnie błona śluzowa jelit zmian żadnych nie przedstawia, mimo zserowacenia gruczołów krezkowych. Autor, opierając się na jednem spostrzeżeniu własnem i na niektórych spostrzeżeniach zaczerpniętych z literatury wykazuje, że i spojówka może również stać się punktem wyjścia gruźliczego zajęcia gruczołów, a w następstwie także innych ważnych narządów wewnętrznych. Oczywiście w takim tylko razie można twierdzić napewne, że prątki Kocha drogą spojówki wniknęły do ustroju, jeśli na spojówce są niewątpliwe zmiany gruźlicze co do trwania dawniejsze od zmian w gruczołach i w innych głębszych częściach. W pierwszym rzędzie bywają zajęte gruczoły przyuszne, do których odpływa limfa z zewnętrznej $^1/_3$ części spojówki powiek i gruczoły podszczękowe, zbierające limfę z pozostałej części spojówki, a zwłaszcza z okolicy wewnętrznych kącików ocznych. Czasem zakażenie gruźlicze ze spojówki przechodzi *per continuitatem* do woreczka łzowego. O wiele częściej jednak drogi łzowe ulegają zakażeniu temu od strony jamy nosowej. Ze względu, że znane są przypadki groźnego uogólnienia się pierwotnej gruźlicy spojówki, należy każdą w tym kierunku podejrzaną zmianę na oku leczyć jak najenergiczniej i to, zdaniem autora, najlepiej przez doszczętną termokaustykę.

Przemijające wypuklenie rogówki stożkowatej. (Ectasie transitoire au cours du kératocone). Terrien.

U 38-letniej kobiety z obustronnym stożkiem rogówki wykonał autor na oku lewem galwanokaustyczne przypalenie szczytu stożka, co sprowadziło poprawę bystrości wzroku, zwłaszcza po zabarwieniu, wytworzonej blizny. W kilka lat później zgłosiła się chora ponownie z powodu nagłego upośledzenia bystrości wzrokowej na oku prawem nieoperowanem. Badanie wykazało znaczne wypuklenie rogówki w środkowej części w postaci garbiaka półkulistego. Na powierzchni wydętej w ten sposób rogówki widoczne było lekkie zmleczenie. Autor wykonał zeszycie powiek ponad tem wydęciem, dzięki czemu w ciągu kilku tygodni rogówka przybrała pierwotną postać, a nawet dawniejszy stożek uległ częściowemu przypłaszczeniu. Oko odzyskało też bystrość, jaką miało przed powstaniem opisanego wypuklenia. Autor przypuszcza pęknięcie błony Descemeta, w szczycie stożka, które spowodowało, że rogówka, przesiąkła cieczą wodną, rozmiękła i uległa garbiakowatemu wydęciu. Pod wpływem tarsorafii pęknięcie błony Descemeta zagoiło się i wypuklenie ustąpiło. Na lewem oku blizna powstała po galwanokaustyce zwiększyła widocznie odporność rogówki i uchroniła ją od takiego uszkodzenia, jakiemu uległa zapewne pod wpływem jakiegoś znaczniejszego wysiłku fizycznego rogówka drugiego oka

Pomyślny wynik tarsorafii w niektórych przypadkach urazowego uszkodzenia oczu. (De l'heureux effet de la tarsorrhafie dans certains traumatismes du globe). Monthus.

W paryzkiej klinice okulistycznej prof. Lapersonne'a wypróbowano korzystne działanie zeszycia powiek w różnych przypadkach zranień ocznych. Zamknięte, a lepiej jeszcze zeszyte powieki stanowią, zdaniem autora, we wielu razach najlepszy opatrunek dla skaleczonego oka, zapewniają mu bowiem ochronę przed zanieczyszczeniem zewnętrznem, sprowadzają w pewnym stopniu tak potrzebne w tych wypadkach unieruchomienie gałki, a nie rozgrzewają oka, jak to czyni opatrunek zwyczajny i co zazwyczaj sprzyja rozwojowi bakteryi ropnych, wreszcie nie wywierają żadnego nieprawidłowego ucisku. Wykonując zeszycie środkowej części powiek nie tamujemy przytem wcale odpływu łez i wydzieliny, w razie zaś potrzeby możemy w każdej chwili zeszyte powieki rozdzielić. Potrzeba tego, jak wykazują przytoczone spostrzeżenia, rzadko zachodzi przed zabliźnieniem się rany ocznej. W klinice l'Hôtel Dieu otwierano oko zazwyczaj nie prędzej, jak po upływie dwóch tygodni. Przed wykonaniem tarsorafii należy oczywiście w razie potrzeby odprowadzić, względnie odciąć wypadniętą tęczówkę. Czę-

stokroć można zaniechać zeszywania brzegów rany. Przeciwwskazaną jest tarsorafia w przypadkach ciał obcych wśródgałkowych, można ją jednak w takich razach wykonać po wydobyciu ciała obcego. Nie należy jej wykonywać, jeśli zranioną jest soczewka i zachodzi niebezpieczeństwo pęcznienia jaskry następowej zwłaszcza u osób starszych, wreszcie w razie rozwijającego się już zakażenia wśródgałkowego, lub w razie ropnej sprawy na rogówce.

Nr. 2.

Połowiczny skurcz twarzy, wyleczony przez głębokie wstrzyknięcie alkoholu. (Hémispasme facial guéri par une injection profonde d'alcool). Abadie i Dupuy-Dutemps.

Autorowie podają nowy przypadek zupełnego wyleczenia bardzo uporczywego skurczu połowiczego twarzy, zapomocą sposobu podanego przez Schloessera t. j. przez wstrzyknięcie w okolicę pnia nerwu twarzowego, tuż koło *foramen stylomastoideum* 1 cm^3 80% alkoholu z dodatkiem 1% stowainy. Skurcze toniczne i kloniczne w zakresie lewego nerwu twarzowego dręczyły chorą, kobietę 56-letnią, od lat z górą 16-tu i połączone były z nieustannym prawie ściskiem powiek oka lewego. Gdy chora, skutkiem wypadku, straciła oko prawe, ten ścisk powiek stał się powodem niezdolności do pracy. Jednorazowe wstrzyknięcie alkoholu w wymienioną okolicę sprowadziło zupełne porażenie lewego nerwu twarzowego, z niedomykalnością ust i powiek, czem chora była zrazu przerażoną, równocześnie jednak skurcze zupełnie ustały i nie ponowiły się więcej. Porażenie stopniowo ustąpiło, a pomyślny skutek zabiegu utrzymywał się jeszcze w czasie, gdy autorowie przypadek ten ogłosili, t. j. po upływie 10 tygodni. Ze względu, że zdarzają się przypadki połowicznych skurczów twarzy, opierające się wszelkim innym sposobom leczenia zabieg Schloessera tak skuteczny, a powodujący tylko przemijające porażenie, godnym jest polecenia tembardziej, że niejednokrotnie wykonywano już w takich rozpaczliwych przypadkach wycięcie kawałka nerwu twarzowego, skazując temsamem chorego na trwałe porażenie odpowiedniej połowy twarzy. Dość znaczny ból chwilowy, jaki powoduje wstrzyknięcie alkoholu można znacznie złagodzić przez dodanie kokainy lub stowainy.

Podobny pomyślny wynik zabiegu Schloessera w połowicznym skurczu twarzy opisał niedawno Valude*).

*) Por. »Post. Ok.« 1906, str. 88.

Przyczynek do patologii źrenicy skaczącej (hippus). (Contribution à l'étude d'hippus patologique), Aurand i Breuil.

Autorowie przytaczają przypadek skaczącej źrenicy na oku z porażeniem nerwu okoruchowego. W związku z tem spostrzeżeniem omawiają szczegółowo hypotezy stawiane przez różnych autorów dla wyjaśnienia tej zmiany w ruchach źrenicy. Ostatecznie dochodzą do wniosku, że należy rozróżnić 4 rodzaje *hippus:* a) *Hippus* wywołany przez wygórowaną wrażliwość ośrodków nerwowych. Postać tę można uważać za rodzaj bezładu ruchów źrenicznych. Niektórzy uważają ten rodzaj nieregularnych, od zwyczajnych czynników niezawisłych ruchów źrenicy, za wygórowanie zjawiska fizyologicznego, wiadomo bowiem, że i prawidłowa źrenica niezależnie od znanych wpływów wykonywa nieustanne ruchy, bardzo jednak nieznaczne. b) *Hippus* zależny od ruchów oddechowych. Ta postać została opisana przez Rocha. c) *Hippus* źrenicy porażonej w okresie powrotu do stanu prawidłowego. Tutaj ruchy źrenicy można porównać z owymi drgającymi skurczami zewnętrznych mięśni ocznych, dotkniętych niedowładem w chwili, gdy chory, zwracając oko w stronę ich działania, usiłuje je w miarę możności pobudzić do skurczu. d) *Hippus* rytmiczny polega na regularnych, kolejno po sobie następujących, okresach zwężenia i rozszerzenia źrenicy, występujących niezależnie od działania światła, konwergencyi, akomodacyi i innych czynników, wpływających zwyczajnie na ruchy źrenicy. Dla wyjaśnienia tej postaci przyjmują autorowie pewnego rodzaju samorząd obwodowych ośrodków ruchowych dla źrenicy, które w prawidłowych warunkach ulegają przewadze ośrodków mózgowych.

Nowe zjawisko entoptyczne. (Un nouveau phénomène entoptique). Baslini.

Autor zrobił następujące spostrzeżenie: Wbiegając szybko po schodach na piętro i bezpośrednio potem wpatrując się w ciemną przestrzeń, zauważył dość jasną plamę przed oczyma, naprzemian to znikającą, to ukazującą się znowu współcześnie z uderzeniami serca, wzmożonemi i przyspieszonemi z powodu chwilowego wysiłku fizycznego. Zjawisko to znikało z chwilą ustąpienia wzmożonej czynności serca. Wyczuwając własne tętno, przekonał się autor, że jasna plama pojawiała się równocześnie z rozkurczem serca. Dla wyjaśnienia tego zjawiska entoptycznego, należy przypuścić znaczniejsze i nagłe zmiany kalibru tętnic siatkówkowych, występujące wskutek silniejszych niż zwykle uderzeń serca. Powstają wskutek tego wstrząśnienia ścian naczyniowych, które udzielają się wrażliwym składnikom siatkówki, i wywołują w nich rytmicznie

powtarzające się wrażenie światła. Opisane przez autora spostrzeżenie zrobili na sobie także inni lekarze pracujący wraz z nim pod kierunkiem Tscherninga w laboratoryum optyki fizyologicznej przy paryzkiej Sorbonnie.

Wyłuszczenie gałki w znieczuleniu miejscowem. (De l'énucléation avec anesthésie locale). Terrien.

Zagadnienie, jakiego znieczulenia mamy używać przy wyłuszczeniu gałki ocznej, miejscowego, czy ogólnego, rozpatruje autor ze stanowiska ubezpieczenia robotników od wypadków przy pracy. Wiadomo, że oczy zranione, prawie zawsze zagrażają do pewnego stopnia drugiemu oku zapaleniem współczulnem, które występuje niekiedy nawet po szeregu lat, mimo, że oko uszkodzone już się było uspokoiło. Dlatego to leży w interesie towarzystw asekuracyjnych, aby oczy urazowo uszkodzone, lub zranione w każdym przypadku wyłuszczać, oczywiście pod warunkiem, jeśli wzrok jest niepowrotnie stracony. Na wyłuszczenie oka, jak na każdą operacyę, trzeba uzyskać zezwolenie ze strony chorego, zniewalać go zaś w jakikolwiek sposób, żeby się dał operować niepodobna, zwłaszcza, że wyjęcie oka wykonywa się najczęściej w uśpieniu chloroformowem lub w innego rodzaju narkozie ogólnej, co znów jest połączone z pewnem niebezpieczeństwem dla życia. Mimo, że statystyka wykazuje nieznaczny tylko odsetek wypadków śmiertelnych wśród narkozy, to jednak w każdym przypadku pewne ryzyko zachodzi. Z tych powodów zaleca autor dokonywać wyłuszczenia gałki w znieczuleniu miejscowem. Najpierw zapomocą 4% kokainy lub stowainy znieczulić spojówkę i rogówkę, potem wstrzyknąć podspojówkowo kokainę w okolicy ścięgien czterech mięśni prostych, po ich przecięciu wstrzyknąć małą sikaweczką Anela słaby rozczyn kokainy, stowainy i morfiny po za gałkę, wstrzykując równocześnie gdziekolwiek pod skórę 1 cgr morfiny. Tym sposobem można wyłuszczyć gałkę nie sprawiając wcale bólu, lub tylko nieznaczny i znośny we wszystkich przypadkach, gdzie oko nie okazuje ostrych objawów zapalnych, lub też nie jest w stanie bolesnego zaniku. Niebezpieczeństwo zatrucia, a tembardziej zejścia śmiertelnego jest zdaniem autora wobec małej ilości użytej kokainy i morfiny zupełnie wykluczonem. Autor sądzi zatem, że w tych przypadkach, gdzie w powyższy sposób wyłuszczenie gałki ocznej może być wykonane bezboleśnie i bez niebezpieczeństwa dla życia, a gdzie przy zachowaniu oka zagraża drugiemu zapalenie sympatyczne, można choremu, jeżeli się na operacyę nie zgadza, odmówić wypłaty odszkodowania.

Jaskra ostra w następstwie przeciwjaskrowej irydoktomii. (Le glaucome aigu consécutif aux opérations d'iridectomie anti-glaucomateuse). Opin.

Autor przytacza dwa przypadki, w których zupełnie poprawnie wykonana irydektomia zamiast sprowadzić poprawę, wywołała ostry napad jaskry z bardzo znacznymi bólami i przyprawiła operowanych o utratę resztki zachowanego wzroku. W pierwszym przypadku chodziło o jaskrę podostrą, w drugim o *glaucoma simplex*. Wobec tych doświadczeń zaleca on wielką oględność w wykonywaniu irydektomii, zwłaszcza w jaskrze prostej, w której operacya ta nigdy nie pomaga, a może bardzo zaszkodzić.

Clin. Ophtalm. Nr. 4—6. (Ref. A. Bednarski).

Jednostronne zapalenie nerwu wzrokowego z przebiegiem łagodnym w przypadku ropienia skórnego wywołanego ukąszeniem owadu. (Névrite optique unilatérale à évolution bénigne dans un cas de suppuration cutanée consécutive à piqûre d'insecte). Dr. Guichemerre i Dr. Rochon-Duvigneaud.

Po ukąszeniu owadu w rękę wytworzył się w miejscu ukąszenia ropień, przypominający wąglik, przyczem wystąpiły objawy ogólne: bóle głowy, wymioty, biegunka, poty. W dwa tygodnie po ukąszeniu wystąpiły zaburzenia wzroku, a autor stwierdził zapalenie tarczy nerwu wzrokowego po tej samej stronie. Wzrok opadł do $^1/_{20}$. Chory rozpoznawał tylko kolor żółty i czerwony. Przez dwa tygodnie obrzęk tarczy zwiększał się, poczem w 3-cim tygodniu objawy zaczęły się zmniejszać, a w 4-m tygodniu ustąpiły, pozostawiając tylko ślady, jak zwykle po przebytej *neuritis*. Wzrok poprawił się do $^2/_3$, rozpoznawanie barw powróciło.

Alypina, nowy środek znieczulający. (Un nouvel anésthésique oculaire, l'alypine). Dr Darier.

Wiadomo, że alypina zapuszczona do worka spojówkowego nie rozszerza źrenicy podobnie jak holokaina, kokaina i stowaina. Tymczasem autor po wstrzyknięciu podspojówkowem 4—5 podziałek Pravaza rozczynu 4% zauważył lekkie rozszerzenie źrenicy, w jednym zaś przypadku jaskry nawet znaczne rozszerzenie, mimo równoczesnego zapuszczenia ezeryny. Przy wstrzykiwaniach podspojówkowych znieczulenie oka alypiną podobnie jak stowainą jest często niedostateczne. Również i tęczówkę zdaje się alypina mniej

znieczulać, aniżeli kokaina, dlatego też autor nie używa jej nigdy przy operacyi zaćmy z irydektomią. Wogóle alypina, chociaż o połowę mniej trująca, co do siły i trwania i głębokości znieczulenia niżej stoi od kokainy.

Argyrol w okulistyce. (De l'argyrol en ophtalmologie). Dr Hinshelwood.

Autor oddaje argyrolowi pierwszeństwo przed wszystkimi innemi solami srebra i używa go we wszystkich cierpieniach spojówki, a nadto przy wrzodach rogówkowych, przy zapaleniu brzegu powiekowego i woreczka łzowego. Obok znanych własności przetworu i sposobu jego użycia stwierdził autor, że argyrol po dłuższem użyciu, 6—12 miesięcy, sprowadza również srebrzycę, nadto radzi ostrożnie przepłukiwać woreczek łzowy, argyrol bowiem dostawszy się raz w tkankę podskórną, sprowadza zabarwienie skóry, które trwale pozostaje, szpecąc chorego.

Zapalenie tkanki oczodołowej w następstwie ostrego zapalenia ropnego zatoki czołowej. (Cellulite orbitaire consécutive à un empyème aigu du sinus frontal). Dr. Lafon.

Chory cierpiał na ostre ropne zapalenie zatoki czołowej w następstwie nieżytu nosa. Wśród tego przyszło do trzeszczu gałki ocznej spowodowanego nie ropnicą oczodołu, gdyż ropy po nacięciu ani potem nie stwierdzono, ale zapaleniem tkanki oczodołowej, badanie zaś bakteryologiczne wykazało obecność gronkowców i prątków pseudo-dyfterytycznych, więc mikroorganizmów, które tak często znachodzimy w zatokach nosowych. Trzeszcz gałki po 4-ch tygodniach ustąpił zupełnie.

Objaw entoptyczny tętnienia tętniczego. (Le phosphène pulsatile phénomène entoptique du pouls artériel). Dr. Antonelli.

Autor spostrzegł u siebie objaw, który również Baslini już opisał. Mianowicie wracając w nocy do domu, skoro wyszedł śpiesznie na trzecie piętro, zobaczył nagle plamę słabo świecącą, i rytmicznie znikającą. Ukazywanie się tej plamy było równoczesne z tętnieniem tętnicy skroniowej. Objaw ten później nieraz autor spostrzegał, gdy szedł po ciemnych schodach a przytem nieco się zadyszał, plama występowała kilkanaście razy poczem znikała, znikała również natychmiast, skoro tylko światło, choćby zapałkę zaświecił. Objaw ten odnosi Antonelli, podobnie jak Baslini do tętnicy środkowej siatkówki i jej rozgałęzień.

Glejak siatkówki oka lewego. Enukleacya. Wyleczenie. (Gliome de la restine de l'oeil gauche. Enucléation. Gnerison). Dr. S p é v i l l e.

U dziecka trzechletniego guz ograniczony leżał w okolicy równika, dosięgając ciała zręskowego. Badanie anatomiczne gałki wyjętej — wykazało, że nowotwór nie przebił jeszcze naczyniówki, ani *lamina cribrosa.* Czas spostrzegania wynosił 7 lat. Stąd autor wnosi, że enukleacya wczas wykonana wystarcza do uleczenia radykalnego w przypadkach glejaka. Dodatkowo opisuje autor przypadek *pseudoglioma*, gdzie wykonano enukleacyę, a badanie anatomiczne wykazało, że chodziło o zmianę zapalną.

O rokowaniu i postępowaniu przy glejaku siatkówki. (Sur le pronostic et le traitement du gliome de la rétine). Dr. R o c h o n - D u v i g n e a u d.

Autor opisuje w krótkości 8 przypadków glejaka siatkówki Nowotwór jako taki był we wszystkich przypadkach stwierdzony anatomicznie. Wnioski: Nawroty w przypadkach glejaka występują w większości przypadków w pierwszym roku po operacyi. Nawroty po upływie dwóch lat należą do wyjątków. Glejak może wystąpić w drugiem oku jako pierwotny, jednak czas wystąpienia tegoż nie przekracza najczęściej terminu jednego roku. Jeżeli przy enukleacyi stwierdzimy, że nerw wzrokowy zachował swe zabarwienie i grubość prawidłową, rokowanie jest dobre. Natomiast jeżeli nerw wzrokowy jest zanikły, cienki, natenczas sama enukleacya, jak to pokazuje przyp. 2-gi autora nie wystarcza, i trzeba natychmiast przystąpić do wypaproszenia oczodołu. Tembardziej, jeżeli nerw okazuje się zgrubiałym, nie należy ani dnia zwlekać z wypaproszeniem. Żaden objaw kliniczny nie daje nam pod tym względem pewnych wskazówek, a li tylko badanie przeciętego nerwu, dlatego już przed operacyą trzeba uzyskać zawsze pozwolenie od rodziców na ewentualne wypaproszenie gałki. G r a e f e radzi przecinać nerw wzrokowy jak najgłębiej w oczodole, aby przeciąć go w granicach zdrowych, jeżeli już nowotwór przeszedł po za blaszkę sitową. Wedle autora, postępowanie to nie ma racyi, glejak w nerwie wzrokowym jest to już glejak w oczodole, i skoro tylko raz nowotwór przebije blaszkę sitową należy robić wypaproszenie gałki.

Wywinięcie powieki dolnej całkowite uleczone przyżeganiami prostopadłemi spojówki powiekowej. (Ectropion total de la paupière inférieure guéri par les cautérisations verticales de la conjonctive palpébrale). Dr. J o c q s.

Autor operował tym sposobem kilkanaście przypadków odwinięcia powieki starczego z dobrym wynikiem. Przyżega spojówkę

powiekową od załamka aż do brzegu powiekowego w linii więc pionowej, robiąc takich linij trzy lub cztery, zależnie od stopnia odwinięcia. Po operacyi zeszywa powieki w środku i szew pozostawia przez 15 dni, postępowanie to, stosowane w cięższych przypadkach, ułatwia i skraca przebieg pooperacyjny. Unikać należy przyżegania samego załamka z obawy symblefaron.

Ctrbl. f pr. Aghk. 1906. Z. 4. (Ref. Dr L. Gruder).

Operacya zaćmy według Antyllosa (Die Staroperation nach Antyllos). Prof. Hirschberg w Berlinie.

Oryginał tekstu greckiego, podający opis operacyi zaćmy, wedle przepisów Antyllosa, wielkiego chirurga z II. w. po Chr. zagubił się. Istnieje tylko przekład arabski, a z tegoż przekład na język łaciński.

Antyllos przez Arabów był nazywany »greckim okulistą«.

W kodeksie arabskim al-hawi znajduje się dotyczący opis operacyi zaćmy wedle wskazówek Antyllosa; opis zgodny jest ze znanym sposobem, praktykowanym przy przekłuciu zaćmy t. zw. »Starstich«.

Dalej podaje Hirschberg przekład operacyi, znanej pod nazwą *Star-Ausziehung*, przyczem zapomocą wprowadzonej do przedziurawionej soczewki rurki szklannej, usuwano soczewkę przez wyssanie.

Metallophon, przyrząd do wykazania w oku ciał obcych metalicznego, nawet nie żelaznego pochodzenia (Das Metallophon, ein Apparat zum Nachweis metallischer, auch nichteiserner Fremdkörper im Augeninnern). Dr K. E. Weiss w Tybindze.

Autor przy doświadczeniach na zwierzętach wyszedł z założenia, że elektryczna zdolność przewodzenia tkanek ciała ludzkiego (oka) o wiele wyższą jest, aniżeli zdolność przewodzenia u przewodników pierwszej klasy (metale), wskutek czego już mały kawałek metalowy może wywołać zapomocą odpowiedniego zastosowania elektrodów zmianę w zdolności przewodzenia, co przez odpowiednie doświadczenie da się wykazać.

Następuje opis przyrządu i doświadczenia, które dla zrozumienia należy w oryginale przestudyować.

Rzadki uraz oczodołu (Eine seltene Orbitalverletzung). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Robotnikowi 19letniemu wleciał odłamek żelazny przez ranę w dolnej powiece pr. oka do oczodołu. Ruchy gałki znacznie osłabione, zwłaszcza ku zewnątrz i wewnątrz. Górna powieka opadnięta, źrenica 8 mm szeroka, nie oddziaływa. Na spojówce gałki żadnej rany, tylko silny krwotok podspojówkowy. *Vo pr.* $= {}^{1}/_{15}$ (palce 4 m.).

Wziernikiem nie można było spostrzedz w oku ciała obcego. Sideroskop wskazywał na ciało obce na dole wewnątrz.

Przez ranę w dolnej powiece autor wyjął ręcznym magnesem żelazny odłamek 12 mm długi, 9 szeroki; ważył 780 mgr.

Wyleczenie szło prawidłowo a po tygodniu $V = {}^{5}/_{15}$.

Na dnie oka widoczne były lekkie pęknięcia naczyniówki, wywołane siłą uderzenia ciała obcego o gałkę oczną.

Także początkowe upośledzenie wzroku, nieoddziaływanie źrenicy i porażenie mięśnia odwodzącego *(abducens)* i zwieracza *(sphincter pupillae)* spowodowane były przez siłę urazu. Mianowicie *musc. abducens* i *sphincter pupillae* zostały porażone wskutek krwotoku do oczodołu.

Z. 5.

Wrodzone złogi barwikowe w rogówce (Ein neuer Beitrag zur angeborenen Hornhautpigmentierung). Dr A. Kraemer w San Diego.

Autor opisuje przypadek wrodzonych złogów barwikowych w głębokich warstwach rogówki obu ócz u 63letniej kobiety. Bystrość wzroku obustronnie ze szkłami ${}^{5}/_{6}$, bez szkieł ${}^{5}/_{18}$—${}^{5}/_{12}$. Dno oka wykazuje: *Atrophia neuritica n. opt.* zaburzenia w rozpoznawaniu barw i współśrodkowe zwężenie pola widzenia.

Rogówki obustronnie prawidłowe. Przy bocznem oświetleniu i przy pomocy lupy Hartnack'a widać w środku rogówki złogi brunatnego barwika, postaci wrzeciona leżącego. Brzegi takiego wrzeciona są nierówne, lecz ostro odgraniczone. Wrzeciono to jest w środku szerokie i dwa razy tak długie, jak szerokie. Brzegi zębate są zaopatrzone w gęstszą warstwę złogów barwikowych, aniżeli środek.

Przy przeświecaniu widać ten sam obraz, tylko wyraźniej.

Resztek błony źrenicznej *(membr. pupillaris)* nigdzie nie można było dostrzedz. Komora, tęczówka i ciałko szkliste prawidłowe.

Stan ten wrodzonej melanozy obu rogówek w głębokich jej warstwach zalicza autor do typu, opisanego przez Krucken-

berga z tą tylko różnicą, iż w przypadku Kruckenberga złogi miały postać stojącego wrzeciona, podczas gdy w tym przypadku mamy leżące wrzeciono.

Do rozpoznania mięsaka naczyniówki (Zur Erkennung von Aderhautsarkom). Dr O. Purtscher w Celowcu.

Odnośnie do przypadku Dra Fehra, który opisuje różnego rodzaju złogi barwikowe barwy ciemnej na dolnej części tęczówki i na *membrana Descemeti*, jako wczesne znamiona mięsaka śródocznego, przytacza autor przypadek własny mięsaka, w którym zasługuje na szczególną uwagę masowa wędrówka pierwiastków mięsakowych do przedniej części gałki, gdy tymczasem sam nowotwór znajdował się na biegunie tylnym i był umieszczony dokoła tarczy *(circumpapillare Lage)*.

U chorej 43letniej był następujący stan oka: Gałka silnie nastrzyknięta. Źrenica rozszerzona. Na tęczówce liczne naczynia rozszerzone i przyczepiny przednie do rogówki. W komorze przedniej ciemnobrunatny osad do 2 mm wysoki, co do barwy odmienny od *hyphaema*. Soczewka czysta. W głębi oka widać przez ciemno zabarwione ciałko szkliste do góry wewnątrz idącą linię wypukłą, odgraniczającą dwa garbiaste nowotwory. Ucisk śródoczny + 2. V = Ruchy ręki przed okiem.

Próbna punkcya przedniej komory wykazała w komorze brunatną galaretowatą masę, wcale nie zmięszaną z wypływającą cieczą wodną. Drobnowid wykazał wielką ilość żółtobrunatnych i ciemnych, nieregularnie ukształtowanych złogów barwikowych, napotykanych przy mięsakach.

Rozpoznano z całą pewnością mięsaka, poczem gałkę usunięto.

Deutsche med. Wchschrift. Nr. 16. 1906. (Ref. Dr. W. Reis)

Powrotne porażenie nerwu okoruchowego jako powikłanie przy durze brzusznym. (Rezidivierende Oculomotoriuslähmung als Komplikation bei Typhus abdominalis). Jochmann.

U chorego nieobciążonego dziedzicznie wystąpiło w 8 roku życia porażenie powieki górnej oka lewego przy równoczesnych wymiotach i bólach głowy. Stan ten trwał 8 dni, poczem oko wróciło do prawidłowego stanu. W latach następnych miewał chory napady połowiczych bólów głowy z wymiotami, które trwały 3—4 dni, nie zawsze jednak połączone były z objawami porażenia na

oku. W 10 roku życia wystąpiło znowu przemijające porażenie powieki, tosamo w r. 13. Od tego czasu miewał chory rocznie po trzy napady migreny bez porażeń. Podczas ostatniego napadu połowiczego bólu głowy można było u chorego stwierdzić objawy duru brzusznego a równocześnie z pojawieniem się tej choroby zakaźnej opadła znowu powieka na oku lewem, źrenica stała się rozszerzoną i zaledwie oddziaływała na światło, akomodacya była zniesioną a gałka oczna silnie skierowana na zewnątrz i trochę ku dołowi. Ruchy gałki ku górze i wewnątrz były zniesione.

Równoczesne wystąpienie porażenia nerwu okoruchowego i duru brzusznego nie jest, zdaniem autora, tylko przypadkowem. Tyfus stanowił w tym przypadku przyczynę wywołującą i podtrzymującą porażenie, gdyż utrzymywało się ono przez trzy miesiące, a po wyleczeniu pozostał jeszcze ślad w postaci nieco węższej szpary powiekowej. Przypadek powyższy zalicza autor do typu okresowo występujących porażeń nerwu okoruchowego opisanych przez Möbiusa w odróżnieniu od migreny ocznej Charcota.

Etyologia tego cierpienia nie jest znaną; sekcyi dokonał zaledwie w dwóch przypadkach.

J. przypuszcza, że w przypadku opisanym istnieje również jakiś guz przyrody łagodnej w okolicy pnia nerwu okoruchowego, który przez powolny swój wzrost ciągle drażni nerwy. Napad porażenny powstaje dopiero jednak przez sumowanie tych bodźców. Toksyczne działanie zakażenia durowego osłabiło odporność nerwów na te bodźce i spowodowało cięższe i dłużej trwające objawy porażenia.

Nr. 17.

O zwrotnej nieruchomości źrenic po urazie. (Über traumatische reflektorische Pupillenstarre). Axenfeld.

Ze spostrzeżeń swych wyklucza te przypadki, w których źrenica po urazie nie oddziaływa wskutek przyczepin oraz przypadki, w których po zaburzeniach w gałce, oczodole lub mózgu wystąpiła ślepota z nieruchomością źrenicy. Autor zwraca uwagę tylko na przypadki, w których po urazie przy wolnej tęczówce i na oku widzącem wystąpiła zwrotna nieruchomość źrenic typu Robertsona t. j. zniesienie bezpośredniego oddziaływania źrenicy na światło, przy utrzymanej reakcyi współczulnej i konwergencyi.

A. przypuszcza istnienie odosobnionego porażenia włókien źrenicznych nerwu ocznego, które może także wystąpić przy stłuczeniach czaszki bez zaburzeń w zakresie nerwu okoruchowego. Zwrotna nieruchomość źrenic może wystąpić również po urazach gałki bez rozszerzenia źrenicy, a przyczyny tego objawu należy może szukać w zakończeniach nerwowych samej tęczówki.

Nr. 19.

O zapaleniu siatkówki i nerwu ocznego przy kile wrodzonej. (Über Entzündung der Netzhaut und des Sehnerven infolge von angeborener Lues). H i r s c h b e r g.

Świeże przypadki zmian kiłowych na dnie oka w pierwszych tygodniach po urodzeniu dziedzicznie obciążonego osobnika rzadko bywają spostrzegane przez lekarzy. Zmniejszenie bystrości wzroku u dziecka kilkomiesięcznego nie tak łatwo zwraca uwagę otoczenia, tak że dopiero drżenie gałek ocznych lub nieznaczny zez może zdradzić istnienie cierpienia ocznego. Według H i r s c h b e r g a występuje to cierpienie w pierwszych miesiącach życia (w przeciwieństwie do zapalenia miąższowego rogówki, które jest objawem późnym odziedziczonej kiły) i jest zazwyczaj obuocznem, chociaż może być o różnem nasileniu na obu oczach. Główne objawy obrazu klinicznego są następujące: 1) Zaćmienie ciała szklistego w postaci delikatnego pyłu. 2) Tarcza nerwu wzrokowego przykryta jest niebieskawą wypociną, rozprzestrzeniającą się w otoczenie i stopniowo znikającą. 3) W środku siatkówki brunatne zabarwienie, które nie jest jednak utożsamione z plamką żółtą. 4) Na dnie oka, szczególnie na obwodzie gęsto obok siebie ułożone, liczne jasne nacieki, w których wkrótce pojawiają się ziarnka barwikowe w środku lub na brzegach. Obraz ten byłby podobny do zwyrodnienia barwikowego, tylko że ułożenie nacieków nie jest ograniczone do pewnych części dna oka, nacieki nie posiadają typowej postaci, a wśród barwikowych plam widać ogniska białawe lub różowawe. Kurzej ślepoty brak.

Ślady przebytego zapalenia można czasami jeszcze spostrzegać przy wystąpieniu objawów późnych kiły dziedzicznej. Leczenie swoiste stosował autor w postaci wcierań szaruchy (niemowlętom 0,5 gr, małym dzieciom 0,75, starszym nieco po 1 gr dziennie). Ilość wcierań nigdy nie była mniejszą od 100, czasami przy nawrotach dosięgała do 300. Wyniki leczenia były zadowalające, zwłaszcza w przypadkach świeżych.

Po szczegółowem omówieniu kilku dotyczących przypadków przedstawia H. przypadek kilaków tęczówki u młodego chłopca, które powstawały bardzo szybko i znikały kilkakrotnie. To charakterystyczne zachowanie się kilaków, jest — według autora — może jedynem i dotychczas w literaturze nie uwzględnionem spostrzeżeniem klinicznem.

Nr. 20.

Doświadczalne i kliniczne badania nad powstaniem

zaniku gałki ocznej. (Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Entstehung der Phthisis bulbi). Schirmer.

O powstaniu zaniku gałki ocznej dotychczas nie mamy dokładnych pojęć. Fuchs przypisuje powstanie zaniku kurczeniu się śródgałkowych wysięków: Greef, Ginsberg i Parsons zwracają uwagę na kurczenie się wyrostków rzęskowych, które zatopione w masach wypocinowych wstrzymują dopływ cieczy do wnętrza oka. Doświadczalnie zajmował się tą sprawą Rindfleisch w r. 1892, który wywoływał zanik gałki przez wprowadzenie rtęci do ciała szklistego. Już po 5—6 godzinach występuje zmniejszenie się napięcia gałki, po 24 godzinach wynosi ciśnienie śródoczne tylko $^1/_3$ prawidłowego stanu i obniża się w następstwie jeszcze bardziej podczas gdy równocześnie występuje zmniejszenie się gałki. W połączeniu z tymi objawami rozwija się trudno się gojący ropień w ciele szklistem. Badanie anatomiczne ciała rzęskowego, szczególnie w okresach wczesnych, żadnych zmian nie wykazywało. Mimo to czynność jego była chorobowo zmienioną: ciało rzęskowe wytwarzało bardzo mało cieczy komórkowej o patologicznym składzie, co stwierdzić mogły doświadczenia z fluorescyną. Podczas gdy w warunkach prawidłowych po wstrzyknięciu śródżylnem (1 cc^3 u królika) pojawia się fluorescyna już po pięciu minutach w komórce przedniej a po 12—18 godzinach ciecz wodna jest zupełnie czystą, to w oku ze sztucznie wywołanym zanikiem gałki można jeszcze fluorescynę wykazać po 24—36 godzinach. Przyczyna tego zjawiska tkwi w znacznie zwolnionem krążeniu limfatycznem. Zawartość zaś białka w cieczy wodnej, która w prawidłowych warunkach wynosi 0,02—0,04$^0/_0$ wzrasta już po sześciu godzinach do 0,2$^0/_0$ a po 24 godzinach nawet do 1$^0/_0$.

W ciele rzęskowem powstaje więc ciężkie czynnościowe zaburzenie, które anatomicznie objawia się tylko obrzękiem ciała rzęskowego i przekrwieniem wszystkich jego naczyń, a w którem S. upatruje przyczynę zmniejszenia się napięcia gałki. A jeśli rzeczywiście przekrwienie zapalne jest przyczyną hypotomii, to po usunięciu np. rtęci powinno ciśnienie śródoczne wrócić do prawidłowego stanu. Chcąc to przypuszczenie doświadczalnie stwierdzić wprowadził S. do wnętrza gałki ocynkowane i powleczone rtęcią kawałeczki żelaza. Zmniejszenie się napięcia gałki występowało natychmiast. Po pewnym czasie usuwał S. zapomocą magnesu Hirschberga owe kawałeczki żelaza powleczone rtęcią i zauważył, że ciśnienie śródoczne, które poprzednio spadło do 4—6 mm Hg, wracało stopniowo do stanu prawidłowego (20—30 mm Hg).

Dla poparcia swego twierdzenia mierzył S. napięcie w oczach z ważnemi sprawami zapalnemi jagodówki, zmodyfikowanym przez

Liwschitza tonometrem Ficka. We wszystkich przypadkach powikłanych zapaleniem ciała rzęskowego, istniało również zmniejszenie ucisku śródocznego. Oprócz hypotomii można było także stwierdzić w cieczy wodnej, otrzymanej przez nakłucie powiększenie zawartości białka do 1°/₀. Także ciężkie, zakaźne zapalenia po drążących zranieniach gałki ocznej wykazywały podobne zaburzenia.

Na podstawie tych doświadczeń i klinicznych spostrzeżeń dochodzi S. do następujących wniosków:

1) Przyczyną pierwotnej hypotomii, która występuje już po kilka godzin zaledwie trwającem zapaleniu, jest zaburzenie w krążeniu, które powoduje wydzielanie się znacznie zmniejszonej ilości cieczy wodnistej o wysokiej zawartości białka. Po ustąpieniu zapalenia nawet dłużej trwającego, może ucisk śródoczny wrócić do prawidłowego stanu.

2) W przypadkach niepomyślnie przebiegających przychodzi w wyrostkach rzęskowych do tak znacznego zaniku naczyń, że nawet po ustąpieniu objawów zapalnych pozostałe naczynia nie są w stanie dostarczyć odpowiedniej ilości cieczy śródocznej. Wytwarza się wówczas ciecz śródoczna o prawidłowym składzie lecz w znacznie zmniejszonej ilości. Wskutek tego ciśnienie stale pozostaje zmniejszonem, a ściany gałki, nie utrzymywane nadal w napięciu, kurczą się na mocy własnej swej sprężystości, grubieją i dają początek — zwykłemu zanikowi gałki. Kurczącym się wysiękom w wnętrzu gałki przypisuje S. tylko pewną rolę przy silniejszem wciągnięciu niektórych części ścian gałki np. blizn.

Skoro jednak mimo zaniku naczyń pozostaną w gałce resztki zapalne, które zaburzenie w krążeniu podtrzymują, to wydziela się ciecz komórkowa w zmniejszonej ilości i chorobowo zmienionym składzie i daje powód do powstania bolesnego zaniku gałki ocznej.

Die ophthalmologische Klinik. Nr 4. (Ref. K. W. Majewski).

O zastosowaniu przyrządu ssącego Bier-Klapp'a zamiast pijawki sztucznej Heurteloup'a (Über den Ersatz des Heurteloup'schen Apparates zur künstlichen Blutentziehung durch Saugapparate nach Bier-Klapp). Prof. Peters z Bonn

W przypadkach chorób głębokich błon oka, gdzie wskazane jest leczenie odwodzące, przekonał się autor, że można z korzyścią zastąpić upusty krwi zapomocą sztucznej pijawki Heurteloup'a przyrządem ssącym Bier-Klappa, działającym na sposób bańki

suchej. Szklany dzwonek tego przyrządu, przystawia on codziennie, lub co drugi dzień do skroni po stronie chorego oka. Wyniki w kilku przypadkach były pomyślne.

Nr 5.

O przyrodzie prostego zaniku siatkówki (Über die Natur der einfachen Atrophie der Netzhaut). Doc. Ferentinos z Patras.

Tak zwaną *retinitis pigmentosa,* inaczej *degeneratio retinae pigmentosa* lub, jak ją Wecker określił, *cirrhosis retinae*, uważa autor za miejscowy, przedwczesny objaw starczego zaniku siatkówki, polegającego na obumarciu jej na światło wrażliwych składników. Ze zbytecznego już dla zanikłych czopków i pręcików dopływu krwi korzysta tkanka łączna, ulegając znacznemu rozrostowi, a gdy z biegiem czasu skutkiem przystosowania się miejscowego krwiobiegu do osłabionej przemiany materyi w głównych składnikach siatkówki dopływ krwi się uszczupli, tkanka łączna poczyna się kurczyć. Zdaniem autora, ta sprawa chorobowa w siatkówce okazuje pewną analogię do zmian toczących się przy marskości wątroby.

Nr 6.

Nowa teorya odczuwania barw, oparta na anatomicznej i fizycznej podstawie (Eine neue Theorie der Farbenempfindung auf anatomisch-physikalischer Grundlage). Prof. Raehlmann.

Autor zwraca uwagę na zasadniczą różnicę, jaka zachodzi między odczuwaniem wrażeń świetlnych, a odczuwaniem wszelakich innych wrażeń zapomocą czterech pozostałych zmysłów. Gdy czuciowe zakończenia nerwów smaku, węchu, dotyku i słuchu zwrócone są wprost w tę stronę, z której przychodzi wrażenie i bezpośrednio wystawione na działanie odpowiedniego czynnika fizycznego, w siatkówce ma się rzecz wprost odwrotnie. Promienie światła, aby dotrzeć do jedynie wrażliwej na ich działanie warstwy pręcików i czopków muszą przejść przez wszystkie inne warstwy siatkówki, a nawet w samem ciele komórkowem pręcików i czopków kierunek ich jest wprost przeciwny kierunkowi, jakim przenosi się odebrane wrażenie ku ośrodkom nerwowym. Raehlmann wykazuje, że ta odrębność siatkówki pośród narządów zmysłowych jest tylko pozorną. Wiadomo bowiem, że ciało czopków i pręcików składa się z dwóch członów o zupełnie różnym współczynniku załamania. Powierzchnia zatem, rozgraniczająca obydwa te człony, musi znaczną część promieni świetlnych odbijać w kierunku, skąd przyszły. Otóż w takich warunkach powstają wskutek interferencyi znane w optyce, t. zw. fale stojące, wytwarzające warstwy równoległe

do powierzchni, odbijającej światło o grubości równej połowie długości fali danego światła jednorodnego. Tam, gdzie poszczególne warstewki te graniczą ze sobą, amplituda drgania schodzi do zera. Wskutek tego we wewnętrznym członie pręcików, względnie czopków powstają fale stojące, których typ zależy od rodzaju światła jednorodnego, albo też od składu mieszaniny promieni barwnych. Od długości tych fal stojących zależy rodzaj odczutego wrażenia barwnego, a że przychodzą one do skutku przez odbicie promieni świetlnych, więc staje się przez to zadosyć warunkowi, żeby zewnętrzny czynnik fizyczny działał w kierunku zgodnym z kierunkiem przewodnictwa w zakończeniach i we włóknach nerwowych.

Argyrol w lecznictwie okulistycznem (Das Argyrol in der Augenheilkunde). James Hinshelwood.

Autor omawia zalety argyrolu, jako środka, mogącego z korzyścią zastąpić azotan srebra. Przy jaglicy używał on 20% względnie 30% rozczynów. Korzystne wyniki uzyskiwał przy ropnem zapaleniu spojówek noworodków, pędzlując je raz lub dwa razy dziennie 20% lub 30% rozczynem argyrolu. Przy wrzodach rogówkowych zaleca maść, zawierającą 5—10% argyrolu, z dodatkiem holokainy i atropiny. Skutecznie ma działać też argyrol w przypadkach zapalenia brzegu powiekowego. Autor wciera rozczyn 30% po oddaleniu strupków tak, aby argyrol wniknął do cebulek rzęsowych. Uzyskiwał on wreszcie dobre wyniki przy śluzoropotoku woreczka łzowego, tu jednak wskazana jest ostrożność, bo w razie zranienia błony śluzowej, argyrol dostawszy się pod skórę, wytwarza trwałe, sine zabarwienie tejże.

Alypina jako środek znieczulający w okulistyce (Alypin, als Anästheticum für die Sprechstunde). Kirchner.

Autor podnosi znane już zalety alypiny, jako środka znieczulającego, który nie rozszerza źrenicy, ani nie osłabia akomodacyi, a znieczula równie dokładnie, jak kokaina. Dość silne pieczenie, jakie sprawiał początkowo fabrykowany preparat alypiny, zostało obecnie przez usunięcie przymieszki kwaśnych składników prawie zupełnie zniesione. Jako ważną zaletę alypiny wymienia autor szybsze występywanie znieczulenia, niż po kokainie, co dla pospiesznej praktyki ambulatoryjnej ma także swoje znaczenie. Przekrwienie chwilowe, jakie sprawia alypina powstrzymuje autora dotąd od używania jej przy takich operacyach, jak irydektomia i ekstrakcye, ze względu na nieznaczny choćby, lecz zawsze niepożądany krwotok wśród zabiegów.

Klinische Monatsbl. f. Augenheilkunde. (Ref. Dr Liebermann).

Październik, 1905.

Apoplexia sanguinis retinae (v. Michel) czyli t. zw. retinitis haemorrhagica skutkiem uravu. (Apoplexia sanguinis (Michel) oder sogenannte Retinitis haemorrhagica nach Unfall.). Dr Hillemanns — Dinsburg i Dr Pfalz — Dysseldorf.

Autorowie opisują przypadek, w którym skutkiem uderzenia w okolicę oka, powstał obraz chorobowy, przypominający w zupełności *retinitis haemorrhagica.* Z biegiem czasu wszelkie objawy choroby ustąpiły, oko wróciło do stanu prawidłowego. Autorowie przypuszczają, iż wybroczyna w otoczkach nerwu wzrokowego położona zatamowała czasowo krążenie żylne i spowodowała wybroczyny w siatkówce. Skoro zaś ta wybroczyna, mechanicznie utrudniająca krążenie uległa wessaniu, to i siatkówka powoli przybrała z powrotem prawidłowe wejrzenie i prawidłową swą sprawność.

Przyczynek do leczenia surowicą w przypadkach wrzodu pełzającego rogówki (Beitrag zur Serumtherapie des Ulcus corneae serpens). Dr L. Paul.

Zdaniem autora, organizm nawet słabszy, znosi dobrze i to znaczniejsze dawki surowicy przeciw pneumokokom. Wstrzykiwał on podskórnie u tego samego osobnika po 10 cm^3, a nawet i 20 cm^3 surowicy i dopiero po takich dawkach stan chorobowy oka we wielu przypadkach się poprawiał. Mniema on, iż surowica w mniej więcej 50% przypadków wrzodu pełzającego rogówki daje dodatnie wyniki.

Melanosis oka prawego (rogówka, spojówka i tęczówka) i wielokrotne barwikowe nagałkowe nowotwory oka lewego (rogówki i rąbka spojówkowego). (Melanosis des rechten Auges (Kornea, Konjunctiva und Iris) und multiple melanotische Neubildungen des linken Auges (der Kornea und Limbus conjunctivae). Dr M. Menacho — Barcelona.

Autor opisuje przypadek, w którym wzdłuż *limbus* i w środku rogówki powstało *successive* aż 12 ognisk nowotworu barwikowego. Po zniszczeniu jednego ogniska nawrotu choroby w bliznie nigdy nie było, natomiast powstawało w jakiś czas później, zupełnie odrębne gniazdo, w innem miejscu.

Przy dokładnem badaniu lupą, można było stwierdzić w tęczówce miejsce ograniczone ciemne. Również i w drugiem (prawem), na razie zupełnie zdrowem oku, widać tak w tęczówce, a zwłaszcza w rogówce rozsiane liczne ogniska barwikowe.

Listopad, 1905.

Przyczynek do histologii guzków tęczówki. (Zur Histologie der Irisperlen). Dr Rafael Silva — Meksyk.

W chwili urazu dostała się chłopcu rzęsa do przedniej komory i to tak, iż cebulką swą przylegała do tęczówki. W niejaki czas później rozwinął się w tym miejscu guzek, na wierzchołku którego widać było rzęsę. Guzèk ten wraz z częścią tęczówki wycięto. Okazało się, iż wspomniany guzek przylega tylko do tęczówki a składa się z komórek przybłonkowych, które ulegają powolnemu zrogowaceniu. Na tej podstawie twierdzi autor, iż nowotwór powstał skutkiem bujania komórek cebulki włosowej, które to komórki zachowały swą żywotność.

O leczeniu tętniaka oczodołu. (Zur Behandlung des pulsierenden Exophthalmus). Dr. G. Schwalbach — Berlin.

Autor radzi odsłonić i podwiązać tętnicę dogłowową i resekować w oczodole rozszerzoną żyłę. Dostęp do miejsca operacyi wytwarza autor cięciem wzdłuż łuku brwiowego.

O skrobiowatem zwyrodnieniu powiek i spojówek. (Ueber amyloide Degeneration der Lider und Konjunktiva des Auges). Prof. Dr E. Raehlmann — Weimar.

Istota skrobiowata powstaje z białka pod wpływem fermentu, który jest również istotą białkowatą. Ponieważ skrobiawica powiek jest tylko miejscowem cierpieniem, przeto i wspomniany ferment musiał albo w danem miejscu powstać, lub też w to miejsce immigrować.

W pierwszym okresie zwyrodnienia amyloidowego widać w pierwoszczy lub jądrze komórek drobne ziarenka, które mogą następnie wyjść po za obręb komórki. Powoli ziarnistość komórki zanika, wygląd pierwoszczy staje się bardziej jednolitym. Z ziarenek leżących poza obrębem komórek tworzą się większe grudki, nie wykazujące już żadnej budowy, które już mogą dawać wyraźny odczyn amyloidowy.

O chorobach ocznych na tle samozatrucia. (Ueber Augenerkrankungen durch Autointoxikation). Prof. Elschnig — Wiedeń.

O niektórych chorobach ogólnych, jak reumatyzmie, *arhritis* i t. p. wiemy, iż mogą dać powód do chorób ocznych. We wielu jednakże przypadkach *scleritis*, *episcleritis*, *iritis*, zwłaszcza *recidivans*, żadnej ogólnej choroby wykazać nie można. Badanie moczu

w tych przypadkach wykazuje zmiany, świadczące o zaburzeniach w trawieniu. Często mianowicie znajdował autor w takich przypadkach zwiększenie ilości indykanu w moczu.

Lecząc dyetetycznie, kalomelem, a następnie przetworami kreozotowemi (*guajacolum carbonicum* 0.50. 3 - 4 × dziennie) udało się autorowi uleczyć wielu chorych, zwłaszcza w przypadkach *iritis recidivans* i to nieraz takich, u których wszelkie inne leczenie nie pomagało.

Grudzień 1905.

O wrodzonem przemieszczeniu źrenicy na tle zapalnem. (Über angeborene entzündliche Ektopia Pupillae). Dr N. C. Jones — Kanada.

Dziecko urodziło się z małą i ku górze przesuniętą źrenicą. Ponieważ wkrótce rozwinął się *hydrophthalmus*, oko wyjęto. Badanie wykazało, iż cała źrenica zamkniętą była błoną, a w dolnej części zanikłej tęczówki znajdowały się ślady przebytego zapalenia. Dziecko zatem w łonie matki przejść musiało zapalenie jagodówki.

Cylindroma gruczołu łzowego. (Cylindrom der orbitalen Tränendrüse). Dr Enrique Demaria — Buenos-Ayres.

Autor opisuje nowotwór gruczołu łzowego, składającego się ze spółśrodkowo, w gniazdach ułożonych komórek cylindrycznych. Chora zmarła z powodu nawrotu nowotworu.

Kliniczne i anatomiczne badania nad działaniem radium na jaglicę. (Klinische und anatomische Untersuchungen über die Wirkung des Radiums auf die trachomatose Bindehaut). Doc. Dr Birch-Hirschfeld.

Pod wpływem promieni *radium* jagiełki zmniejszają się wprawdzie, jednakże już po upływie kilku tygodni z powrotem w tych samych miejscach występują.

Histologicznie stwierdzić można, iż kilkakrotne naświetlanie powoduje w niektórych komórkach rozpad jąder, inne jednakże komórki jagiełki pozostają nietknięte i po pewnym czasie powtórnie się mnożą.

R. XLIV. T. I. Styczeń 1906.

Nie opisane dotychczas zboczenie wrodzone dna oka. (Eine noch nicht beschriebene kongenitale Anomalie des Augenhintergrundes). Dr W. Stock i Dr A. v. Szily jun. — Fryburg w Bryzgowii.

U 26 lat liczącej chorej, która, od urodzenia lewem okiem gorzej widziała, widać na dnie oka w miejscu tarczy nerwu wzro-

kowego zagłębienie, o średnicy 3—4 razy większej, aniżeli przekrój tarczy wynosi. Na dnie tego zagłębienia widać dopiero prawidłową tarcz nerwu wzrokowego.

O jednostronnem atropinizowaniu przy strabismus convergens concomitans. (Ueber einseitige Atropinisation bei Strabismus convergens concomitans) Prof. Dr Conrad Fröhlich — Berlin.

W 9 przypadkach zeza jednostronnego atropinizował autor przez pewien przeciąg czasu oko nie zezujące i doszedł do następujących wyników: 1) Bardzo często zez przenosi się na oko poprzednio zdrowe. 2) Bystrość wzrokowa tego oka podupada. 3) Po przestaniu atropinizowania zez zazwyczaj z powrotem przechodzi na oko, które przed leczeniem zezowało, a w oku, którem chory przed leczeniem patrzył, bystrość wzrokowa powoli znów wraca do pierwotnej wysokości.

O prekornealnej irydotomii. (Praekorneale Iridotomie). Prof. Dr Th. Axenfeld — Fryburg.

Autor robi małe cięcie poza przejrzystym brzegiem rogówki a wydobywszy na tępym haczyku tęczówkę po za rogówkę, przecina ją nożyczkami do irydektomii poprzecznie i odprowadza. Zamiast wydobywania tęczówki można też w ten sposób zrobić, iż po nacięciu rogówki wykonywa się lekki ucisk na gałkę oczną, powodując w ten sposób sztuczne wypadnięcie tęczówki.

Jamisty (zatokowaty) zanik nerwu wzrokowego i rozstępy twardówki w przypadku nadmiernej krótkowzroczności. (Kavernöse (lakunäre) Sehnervenatrophie und Dehiscenz der Sklera bei hochgradiger Myopie). Dr A. Polatti — Medyolan.

W przypadku nadmiernej krótkowzroczności, wynoszącej przeszło 30. D, znalazł autor przy badaniu histologicznem gałek ocznych następujące zmiany:

Tylne połowy obu gałek znacznie zcieńczałe i wydęte. W niektórych miejscach widać w twardówce braki wypełnione przez zmienione głębsze warstwy oka.

W nerwie wzrokowym widać zatokowate ubytki, bądź to puste, bądź też częściowo wypełnione przez neuroglię. Ilość i wielkość tych jam wzrasta w dośrodkowych częściach nerwu.

O obwodowem wydęciu rogówki. (Zur Entstehung der peripheren Hornhautektasie). Dr Seefelder — Lipsk.

Autor opisuje przypadek, gdzie u chorej powoli rozwijało się rozdęcie w górnej połowie rogówki. Z obu stron na rogówkę za-

chodziła łuszczka. Zdaniem autora przyczyną wydęcia był *keratitis marginalis superficialis* (Fuchs).

Pęknięcia błony Descemeta u krótkowzrocznych. (Risse der Descemetschen Membran bei Myopie). Dr Bruno-Fleischer, Tybinga.

Dotychczasowe przypadki pęknięcia błony Descemeta widziano u ludzi cierpiących na *hydrophthalmus* z powiększeniem rogówki. Obecnie autor opisuje pęknięcia błony Descemeta u dwóch ludzi, cierpiących na znacznego stopnia krótkowzroczność.

Revue générale d'Ophthalmologie. Nr 2. 1906. (Ref. K. W. Majewski).

Leczenie raka powiekowego. Blefaroplastyka à tiroir (Traitement de l'épithélioma palpébral. La blépharoplastie à tiroir). Rollet.

Autor jest zwolennikiem operacyjnego leczenia raka powieki. Do radioterapii zraziły go niedostateczne lub wprost niekorzystne wyniki, jakie widział w kilku przypadkach. Opisuje on obecnie sposób, z dawna przez siebie używany, plastycznego odtwarzania powieki dolnej w przypadkach, gdzie została wraz z nowotworem w całości usuniętą. Prowadzi on od obu kącików pionowe cięcia ku dołowi, najpierw przez całą grubość powieki, a poniżej łuku oczodołowego przecinając samą tylko skórę. Powiekę wraz z nowotworem odcina poziomem cięciem poprzecznem, a następnie podpreparowuje prostokątny płat skóry, okrojony wyżej wymienionemi cięciami i wyciągając go, przesuwa ku górze tak, żeby brzeg jego poziomy znalazł się na wysokości dawnego brzegu powiekowego. W tem położeniu przyszywa następnie płat ten zapomocą nici stalowych. Dla zastąpienia spojówki przeszczepia autor zazwyczaj błonę śluzową z jamy ust.

Nr 3.

Alypina w okulistyce (L'alypine en oculistique). Prof. Truc.

Na podstawie własnych doświadczeń autor przekonał się, że alypina jest wybornym środkiem znieczulającym, łatwo rozpuszczalnym we wodzie i nie ulegającym zmianie pod wpływem gotowania. Wstrzykiwania $2^0/_0$ rozczynu podskórne lub podspojówkowe

nie wywołują żadnych objawów zatrucia. Zapuszczona w 1—5% rozczynie, powoduje pieczenie i zaczerwienienie spojówki, ale nie powiększa szpary powiekowej, nie rozszerza źrenicy, ani nie uszkadza przybłonka rogówkowego.

Stowaina przy operacyi podwinięcia powieki dolnej (La stovaïne pour l'opération de l'entropion de la paupière inférieure). Dr Santos Fernandez.

W kilku przypadkach podwinięcia powieki dolnej, które nie dały się usunąć ani zapomocą przylepca, ani zapomocą kollodyum (według Bermana) wykonał autor operacyę, używając do znieczulenia stowainy w 2% rozczynie. Przekonał się on, że stowaina wstrzyknięta podskórnie sprowadza znieczulenie na większej przestrzeni, niż kokaina w jednakich zresztą warunkach. Badania przeprowadzał na skórze przedramienia, posługując się estezyometrem. Wyższości stowainy dowiodły również wyżej wspomniane operacye powiekowe.

The Journal of the Amer. Med. Assoc. Nr. 17. 1906. (Refer. Dr W. Reis).

Praktyczna metoda dla usunięcia przyczyny 1/4 przypadków zapobiedz się dającej ślepoty w Stanach Zjednoczonych. (A practical method of abolishing the cause of one-quarter of the unnecessary blindness in the United States). Park Lewis.

Statystyka ślepoty w Stanach Zjednoczonych wykazuje, że 4/10 wszystkiej istniejącej ślepoty mogłyby być ominięte przez stosowne środki zapobiegawcze i lecznicze, gdyż 1/4 z tych przypadków lub 1/10 wszystkich przypadków powstaje wskutek śluzoropotoku noworodków. W Nowym Jorku jest więcej niż 6.000 ślepych, a w Stanach Zjedn. przeszło 50.000, z tych zaś 600 w Nowym Jorku, a 5000 w Stanach Zjedn. mogłyby być wyratowane. Autor stawia wniosek rozwinięcia akcyi państwowej dla wciągnięcia jak najszerszych kół do zapobiegania temu cierpieniu. Lekarze, publiczność i gospodarka publiczna powinny tutaj współdziałać. Każdy powinien być pouczony o zgubnych skutkach oftalmii i mieć możność nawet bezpłatnego zaopatrzenia się w środki zapobiegawcze. Jako lek ochronny uznanym jest zabieg Credego. Dla dogodniejszego i rozpowszechnionego użycia azotanu srebra poleca autor utrzymywanie we szystkich odpowiednich składach ampułek z ciemnego szkła (na wzór fiolek z przetworami do wstrzykiwań),

któreby zawierały pewną ilość rozczynu azotanu srebra. Po odłamaniu jednego końca ampułki, byłyby one gotowe do użytku. Wraz z ampułkami powinnyby być rozdawane przepisy pouczające o istocie choroby oraz środkach zapobiegawczych i leczniczych.

The Royal London Ophtalmic Hospital Reports. T. XVI. Część III, Październik 1905. (Refer. Dr W. Reis).

O dziedziczności w różnych postaciach zaćmy (On heredity in the various forms of cataract). E. Nettleship.

Wpływ dziedziczności na powstanie zaćmy powszechnie jest znanym. Autor starał się jednak zapatrywanie to oprzeć na dokładnych spostrzeżeniach, obejmujących nietylko jedno pokolenie, ale całe drzewo rodowe dotyczącej rodziny. Materyał zebrany przez N. pochodzi przeważnie z klas wykształconych i podzielony jest na dwie główne grupy. A) Do pierwszej grupy należą zaćmy starcze i przedwczesne u osobników młodych. Badanych było około 145 rodzin a przeszło 500 osób. Z tych przypada na zaćmę starczą 122 rodzin, a 375 osób (mężczyzn 145, kobiet 230) i na przedwczesną lub młodzieńczą 25 rodzin, a 152 osób (mężczyzn 49, kobiet 62). Z tych danych wysnuwa autor następujące wnioski: 1) Skoro zaćma starcza pojawia się w kilku pokoleniach, przechodzi ona nieprzerwanie z jednego pokolenia do następnego i rzadko kiedy opuszcza jedno pokolenie. Na samych wywiadach nie można polegać w tych przypadkach, ojciec bowiem mógł mieć nieznaczne zaćmienie soczewki niepostępujące i był przez członków rodziny uważany za wolnego od zaćmy. Pozornie więc może być ciągłość przerwana, mimo iż w rzeczywistości jest ona podtrzymywaną przez słabe ogniwo. 2) W połowie przypadków (4 pokolenia) dzieci obarczone później zaćmą następowały po sobie bezpośrednio, w drugiej połowie były dzieci obarczone zaćmą, oddzielone od siebie dziećmi nieobciążonemi. 3) N. potwierdza na podstawie obserwacyi kilku pokoleń wypowiedziane dotychczas przez innych autorów zapatrywanie o przewadze płci żeńskiej w powstaniu dziedzicznej zaćmy starczej. Kobiety są więc bardziej skłonne do nabycia rodzinnej zaćmy starczej, która częściej pochodzi od matki niż od ojca. 4) Na podstawie spostrzeganych przypadków dochodzi autor do przekonania, że zaćma starcza wykazuje skłonność do pojawiania się w wieku wcześniejszym w każdem następnem pokoleniu. Objaw ten zowie N. *wyprzedzeniem zaćmy (anticipation)* na wzór wyprzedzających napadów zimnicy. Zdarza się jednakże, że zaćma

może się pojawić w tym samym wieku u wszystkich obciążonych członków rodziny. Dłuższa żywotność poszczególnych pokoleń utrudnia wprawdzie zebranie dat, dotyczących przeszłych pokoleń, mimo to jednak z przytoczonych faktów widocznem jest, że dziedziczna zaćma starcza i przedwczesna skłonność jest przywiązana do wcześniejszego pojawiania się i wcześniejszego dojrzewania w pokoleniach następujących.

B) Druga grupa obejmuje zaćmy wrodzone, a zawiera 183 chorych, z których 90 kobiet, a 93 mężczyzn, oprócz 55 przypadków, których płeć nie była zaznaczoną. Na wstępie omawia N. nieznaczną ilość przypadków, w których zaćma rozpoznana po urodzeniu lub kilka tygodni potem była już od początku zupełnie dojrzałą lub stała się nią w krótkim czasie. Przypadki te pozostają niewątpliwie w związku z ogólnem schorzeniem ustroju. Kiły nie można było stwierdzić, natomiast bliskie pokrewieństwo dotyczących rodzin. Fakt ten mógł był być łatwo pominięty, zwłaszcza, że niektóre z rodzin z najdłuższemi drzewami rodowemi były osiedlone przez długie okresy w okolicach odległych, gdzie małżeństwa pokrewne zawierano w rozmaitych kombinacyach. a prawdodobnie w dalszych pokoleniach zapominano często o łączącym ich stopniu pokrewieństwa. Czynnikowi temu należałoby także przypisać pewne znaczenie i w innych postaciach zaćmy. Do rodzinnej wrodzonej zaćmy zalicza N. także zaćmę wrzecionowatą, dość rzadko występującą, w której zaćmienie soczewki powstaje w bardzo wczesnym wieku i zatrzymuje się na pierwotnym stopniu rozwoju. Schorzenie to obarcza często po sobie następujące dzieci. Pierworodek, bez względu na płeć, był zawsze obciążony tem cierpieniem. Zaćma warstwowa obarcza zwykle tylko jednego członka z rodziny, lecz wyjątki również nie są rzadkie.

Zestawienie statystyczne przypadków opatrzone jest licznymi szematami objaśniającymi pojawianie się zaćmy w niektórych bardziej zupełnych drzewach rodowych.

Powikłania torebkowe w następstwie wyjęcia zaćmy (Capsular complications after cataract extraction). Treacher Collins.

Powikłania torebkowe po operacyi zaćmy mogą być spowodowane przyczepami torebki do rany operacyjnej i zaćmieniami umiejscowionemi w torebce soczewkowej. I. Mikroskopowe badanie gałek ocznych, operowanych na zaćmę, wykazuje, że przyczepy torebki soczewkowej do rany w rogówce lub do rąbka rogówkotwardówkowego są zależne: albo od a) wciśnięcia się części przedniej torebki między brzegi ranki albo od b) przylepienia się to-

rebki do rany przez wysięk zapalny. Autor badał kilka gałek ocznych, wyłuszczonych po operacyi zaćmy wskutek następowego zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego, a wyniki badań były następujące: 1) Uwięzła torebka soczewkowa, leżąca między brzegami rany, działa jako ciało obce. Naokoło niej tworzy się nacieczenie drobnokomórkowe, złożone z komórek nabłonkowatych, kilku komórek olbrzymich i limfocytów. 2) Obecność torebki opóźnia gojenie się, jak o tem świadczą rozwarte brzegi rany. 3) Opóźnienie zamknięcia się rany zwiększa łatwość zakażenia przez drobnoustroje worka spojówkowego, tak że następową *iridocyclitis* prawdopodobnie odnieść należy do tego zakażenia. 4) Prawdopodobnem jest, że skłonność do *iridocyclitis* istniała w tych oczach wskutek ciągłego drażnienia ciała rzęskowego przez uwięzłą w ranie torebkę.

Przylepienie się torebki do rany nie opóźnia wyleczenia; rany operacyjne, które C. miał sposobność badać mikroskopowo były dobrze zagojone. Przypadki te dają jednak powód do innych powikłań. Tęczówka przesunięta ku przodowi, dotyka tylnej ściany rogówki, zamyka odpływ dla cieczy wodnej w komórce przedniej, przyczyniając się w ten sposób do powstania jaskry. Im bardziej cięcie jest rogówkowem, tem większem jest przesunięcie się tęczówki ku przodowi; dlatego też oczy, w których cięcie główne przypada na rąbek rogówko-twardówkowy mniej są narażone na powstanie jaskry. C. upatruje w przyczepach torebki do rany operacyjnej zwykłą przyczynę stałego podrażnienia niektórych oczu i niemożliwości uspokojenia ich po operacyi. Następnie zastanawia się C. nad sposobami, jakby można uniknąć tego powikłania i jakie są środki lecznicze. Operacya zaćmy bez wycięcia tęczówki mniej usposabia do uwięznięcia torebki soczewkowej. Żadna z dotychczasowych metod otwierania torebki nie wyklucza możliwości następowego przyczepu, wszelkie zaś środki ostrożności napotykają tę trudność, że torebka jest budowy przeźroczystej, tak że czasami niemożliwem jest rozpoznanie wplątanej w ranę torebki. Najlepszą metodą stosowaną przez autora dla zapobiegania uwięźnięciu torebki jest wprowadzenie odprowadzadła, używanego do odprowadzania końców tęczówki, wśród brzegów rany do przedniej komórki. Przyrządem tym wykonuje się takie same ruchy, jakby się chciało odprowadzić tęczówkę opadniętą do rany. Gdy ucisk śródoczny się podwyższy, stosować należy wszystkie znane zabiegi przeciw jaskrze. W dwóch przypadkach osobiście spostrzeganych próbował C. przeciąć przyczepy torebkowe w ranie sposobem używanym do rozdzielania przednich przyczepin tęczówki. II. Przyczynę zaćmień powstałych w torebce soczewkowej mogą stanowić zatrzymane re-

sztki soczewki, zmarszczenie przedniej torebki i rozrost komórek ją otaczających, oraz następowo się rozwijająca tkanka łączna. Resztki soczewki wówczas tylko upośledzają widzenie, gdy zajmują część źreniczną torebki, ponadto osadzają się na nich po dłuższym przeciągu czasu złogi wapniowe. Szklista torebka soczewki pozostała po usunięciu zaćmy, jest zwykle grubszą niż w warunkach prawidłowych. Przypisać to należy sprężystości błony, która jest naciągniętą i wydłużoną, gdy otacza soczewkę, a staje się krótką i grubą po jej usunięciu. Komórki przybłonkowe, otaczające torebkę, okazują skłonność do bujania, stają się obrzękłe, podobne do komórek pęcherzykowatych lub też wydłużają się w wrzecionowate komórki i delikatne włókna, które tworzą gęstą blaszkowatą tkankę. Im dłuższy czas upływa od powstania tej błony, tem bardziej staje się ona zbitą i twardą, i tem większą sprawia trudność przy następowem przecięciu lub wydobyciu. Przypadkowo zaś pojawiająca się tkanka łączna może być następstwem nacieku komórkowego przy zapaleniu tęczówki lub ciała rzęskowego. Czasami skrzep krwi, przylegający do przedniej torebki, może tworzyć podścielisko, w którem rozwija się tkanka łączna. W ciężkich przypadkach *iridocyclitis* przednia i tylna torebka tkwią w tkance łącznej, która tworzy gęsty przedział między komorą przednią a tylną. Usunięcie szczypczykami części źrenicznej torebki przedniej usunąć może następowe zaćmienie. Dla porównania wyników wykonywał autor następne operacye zaćmy przy pomocy usuwania przedniej torebki szczypczykami. Podczas gdy w 100 operacyach, gdzie torebkę przecięto cystotomem, wskazanem było 47 następnych operacyi, to w pierwszej setce, w której torebkę usunięto szczypczykami, tylko w 15 przypadkach, w drugiej zaś setce tylko w 4 wykonano następową operacyę. Wskazaniem do wykonania następowej operacyi był $V < {}^6/_{18}$. Utrata ciała szklistego rzadziej się pojawia przy wyjęciu torebki szczypczykami niż przy użyciu cystotomu. Dalszą korzyścią, wynikającą z tego sposobu postępowania jest lepsza bystrość wzroku w porównaniu z wynikami dawniejszymi. Podczas gdy w 100 przypadkaeh przecięcia torebki cystotomem na 80 badanych osobników, tylko 3 wykazywało bystrość wzroku prawidłową, to w pierwszej setce, gdzie usunięto torebkę szczypczykami na 72 badanych, wykazywało 24 $V = {}^6/_6$, a w drugiej setce z 73 osobników można było u 27 stwierdzić pełną bystrość wzroku.

Wiestnik Oftałmołogii. Marzec—Kwiecień 1906. (Ref. Dr W. Garliński.

Kilak twardówki. (Gummoznaja opuchol sklery). P. J. Wadzinskij (Wilno).

K. K. 23-letni ślusarz zgłosił się do szpitala w Wilnie w lutym 1905 roku. W maju 1904 r. miał twardy wrzód na członku, a w październiku obfitą wysypkę. Z porady lekarza wziął 36 wcierań szaruchy i wypił kilka butelek lekarstwa (KJ). W grudniu 1904 roku podczas pracy odskoczył kawałek żelaza i uderzył go w lewe oko, w następstwie czego zjawiła się mała powierzchowna ranka, która jednak przez długi czas nie chciała się zagoić; wreszcie na miejscu tej ranki rozwijać się zaczął rozlany płaski guzek, który z czasem coraz bardziej się powiększał. W chwili, kiedy K., przybył do szpitala na gałce ocznej lewej na 2—3 mm ku dołowi od brzegu rogówki znaleziono guz o wymiarach: poprzecznym 9 mm, podłużnym 12 mm, wysokim 5 mm. Guz jest twardy, nieruchomy, barwy żółto-czerwonej, pokryty mocno przekrwioną czerwono-fioletową spojówką. Pozatem V = 20/XX, E. p.p. = 5—6 cali. Leczenie — wcieranie szaruchy. Wyzdrowienie.

Na uwagę zasługuje starannie przeprowadzone rozpoznanie różniczkowe w zestawieniu z *conj. phlyctaenulosa*, *scleritis, episcleritis*, *staphylomata scleralia*, *tuberculosis*, *lepra*, *sarcoma* etc. W końcu swej pracy autor zastanawia się nad tem, jaką rolę odegrał w opisanym przypadku uraz w stosunku do etyologii powstania kilaka.

Maj—Czerwiec 1906 r.

Gruźlica pierwotna spojówki. (Pierwicznaja bugorczatka konjunktiwy). M. Awerbach (Moskwa).

Przejrzawszy szczegółowo znaną literaturę, autor przystępuje do opisu dwóch spostrzeganych przez niego przypadków gruźlicy spojówki.

Pierwszy z nich dotyczył Maryi J., lat 10 mającej, córki włościanina z gubernii Smoleńskiej, która przybyła do szpitala Aleksiejewych w Moskwie dnia 24 stycznia 1903 roku. Z obu stron powieki opuchnięte, skóra powiek obrzmiała, na rzęsach zaschnięta ropa. Spojówka powiek mocno nastrzyknięta krwią i obrzmiała. Na oku prawem, na powiece dolnej, prawie na samym środku, zajmując połowę powierzchni spojówki od brzegu rzęsowego do załamka znajduje się jeden płaski wrzód o nierównych z lekką podminowanych brzegach. Dno wrzodu nierówne, pokryte ziarniną, wśród której widać gdzieniegdzie małe, szare, na wpół przezroczy-

ste gruzełki. Na oku lewem, również na powiece dolnej, nie na samym środku, lecz bardziej ku wewnątrz, widać takież owrzodzenie więcej zagłębiające się, ale za to mniej rozlane. Charakter owrzodzenia jest ten sam, co i owrzodzenie na prawem oku. Pozatem spojówki gałek ocznych, rogówki, tęczówki i t. d. pozostają bez żadnych zmian chorobowych. Siła widzenia = 1. Gruczoły przeduszne powiększone i wrażliwe przy dotykaniu. Na błonach przewodów nosowych z lewej strony owrzodzenia płaskie o brzegach podminowanych i nierównych, pokryte nędzną ziarniną szarawą — przypominają bardzo owrzodzenia na spojówce powiek. Prawa strona nosa zupełnie zdrowa. Z wywiadów autor przekonał się, że najpierw zachorowało oko prawe. Dziecko wreszcie zupełnie zdrowe, dobrze zbudowane i odżywione; dziedzicznie gruźlicą nie obciążone. Badanie zeskrobanej z wrzodu ziarniny, dokonane w pracowni bakteryologicznej, wykazuje obecność prątków Kocha. Zastrzyknięcie emulsyi ziarniny do jamy brzusznej świnki morskiej dało również wynik dodatni (choć opóźniony).

Przypadek drugi dotyczył dziecka rocznego Ziny S. Lewe oko zupełnie zdrowe. Na prawem powieki opuchnięte, zasklepione zaschniętą wydzieliną. Spojówka powiek bardzo czerwona i obrzmiała; w wewnętrznej części powieki dolnej, na spojówce widać owrzodzenie okrągłe, wielkości 5-kopiejkowej monety srebrnej. Dno wrzodu dosięga chrząstki, jest przytem miękkie, pulchne i z lekka podminowane u brzegów, i pokryte szarawą ziarniną z gruzełkami. Gruczoły przeduszne mało zmienione. Pozatem oko zupełnie zdrowe. Przy badaniu narządów wewnętrznych nie znaleziono żadnych zmian patologicznych. Badanie bakteryologiczne dało wynik ujemny, natomiast zastrzyknięcie emulsyi z ziarniny do jamy brzusznej świnki morskiej wywołało śmierć zwierzęcia na 9 dzień wśród objawów gruźlicy.

O wykryciu udawanej zmniejszonej jednostronnie bystrości wzroku (Über Entlarvung einseitig simulierter Sehschwäche) v. Dr L. Schmeichler. — Wiener klin. Wochenschrift. Nr 49, 1906.

Sposób podany przez Schmeichlera polega na ustawieniu soczewki o 20 dyoptryach przed okiem zdrowem, aby je z widzenia wykluczyć. Gdy przy tem uzyskuje za małą bystrość wzroku oka rzekomo źle widzącego, wtedy bada wziernikiem refrakcyę a następnie przed oko dobrze widzące przedkłada soczewkę +20 D, przed drugie szkło znalezione wziernikiem. Aby utrudnić badanemu

zoryentowanie się, przed dobrem okiem stawia z początku badania słabe soczewki wklęsłe i wypukłe nim użyje soczewki + 20 D, przy czem zawsze stara się autor odwrócić uwagę badanego od oka rzekomo gorzej widzącego. Opierając się na dwóch badanych przypadkach, uważa autor ten sposób badania — nie nowy — za godny polecenia — tembardziej, że nim można oznaczyć refrakcyę oka rzekomo gorszego. *Dr Berezowski.*

Dwa przypadki zaćmy wskutek rażenia piorunem (Zwei Fälle von Blitzkatarakt). Dr E. Gussmann. — Wiener klin. Wochenschrift. Nr 16. 1906.

Kobieta l. 42 doznawszy rażenia piorunem po roku zgłasza się do kliniki, z powodu upośledzonej bystrości wzroku. Po wypadku chora nie okazywała objawów porażennych, w cztery tygodnie zaczęła gorzej widzieć i skarżyła się na płatki latające przed oczami. Badanie prawego oka wykazało zmętnienie w przedniej warstwie soczewki w postaci współśrodkowych kół z brzegiem cienko-ząbkowanym, środkiem pajęczynowate zmętnienie. Po rozszerzeniu źrenicy widoczne lekkie zmętnienie całej soczewki. Dno oka niewyraźne. U lewego oka słabe zmętnienie całej przedniej kory.

Vpr. $^5/_{24}$ s. n. p. Vlo. $^5/_{18}$ As. + 0·75 D 70° t., $^5/_{12}$(?) c + 3 D Tp. 4. z trudem.

Drugi przypadek dotyczył kobiety l. 19, która podobnemu uległa przypadkowi, przyczem doznała poparzenia i lewostronnego porażenia. Dwa tygodnie musiała leżeć w łóżku. Zaraz po wypadku wzrok podupadł i coraz więcej się pogarszał.

L. o. przednia komora płytsza niż prawa. Źrenica okrągła nie oddziaływa na światło. W soczewce, jasno-szare zmętnienie o połysku jedwabistym, rysunku promienistym, między promieniami można widzieć punkcikowate zmętnienia ułożone na obwodzie koła. Na przedniej torebce kolisto ułożone punkciki barwikowe. Vlo: ruchy ręki; projekcya dobra. U prawego oka dołem na przedniej torebce punkcikowate szare zmętnienia, prócz tego lekkie zmętnienia w środku, o rysunku promienistym. Prócz tego chora okazywała zaburzenia nerwowe w zakresie nerwu twarzowego i niektóre objawy urazowej hysteryi. Vpr. $^6/_6$ p. pr. 12 cm. Dwa razy podejmowano operacyę z powodu wtórnej zaćmy. Przy pierwszej operacyi po cięciu grotem wydobyły się masy papkowate, bez naruszenia torebki grotem, autor więc przypuszcza, że torebka pękła dawniej po urazie, jakiego chora doznała. Pęknięcie mogło być przyczyną powstania zaćmy.

Gutzmann przytacza zapatrywania rozmaitych autorów, co do powstania zaćmy w podobnych przypadkach, między innymi

Lebera, który powstanie zaćmy odnosi do działań fizykalno-chemicznych wskutek wyładowania elektryczności, Hessa, który uszkodzenie warstwy nabłonkowej uważa za przyczynę powstania zaćmy. Drugi przypadek Gutzmanna zasługuje jeszcze na wzmiankę z powodu zmian w nerwie ocznym. *Dr Berezowski.*

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sprawozdanie z posiedzeń międzynarodowego kongresu lekarskiego w Lizbonie.

Dział okulistyczny. Według *Klinische Monatsblätter*, *Archiv für Augenheilkunde* i z zapisków prof. Wicherkiewicza.

Trwanie kongresu od 19/IV—26/IV 1906.

I. posiedzenie. Przewodniczący Jessop z Londynu, Grosz z Budapesztu.

H. Sattler: *O leczeniu krótkowzroczności.*

W. Uhthoff: *O leczeniu wśródocznych powikłań krótkowzroczności, szczególnie oderwania siatkówki.*

U. mówi o wyleczeniu, względnie o powróceniu siatkówki w pierwotne położenie, bez względu na pozostałą bystrość wzroku. Ślepe oko może się wyleczyć z oderwania siatkówki. Na podstawie własnego materyału i spostrzeżeń innych autorów wykazuje U. około 60% samoistnych oderwań siatkówki, jako powikłań krótkowzroczności. We wszystkich badanych przypadkach krótkowzroczności znalazł Uhthoff 4·5% oderwań siatkówki, Hertel 0·96%, Proskauer 0·71%, Schleich 2·3%.

Jako zabiegi lecznicze polecane często, opaska uciskowa, spokojne leżenie, środki napotne (wstrzyknięcia pilokarpiny, *Natrium salicylicum* i t. d.), środki dla szybszego wessania jak jodek potasu i sodu i leczenie rtęcią, z organoterapii np. okulina, środki przeczyszczające, upusty krwi, synapizmy, kąpiele nożne, kantarydy, wkraplania do worka spojówkowego (JK. dionina). Uhthoff podnosi znaczenie opaski uciskowej, która w połączeniu ze spokojnem leżeniem chorego, ma być najdzielniejszym środkiem dziś stosowanym przy oderwaniu siatkówki i prawie powszechnie uznanym.

Co do działania napotnego wstrzykiwanej pilokarpiny, to jedni autorowie, jak Gross i inni, bardzo chwalą jej działanie przy oder-

waniu siatkówki, niektórzy działanie tego środka uważają za zbyt energiczne dla chorych. Nie można pominąć działania korzystnego przetworów salicylowych, chociaż, jak Sattler słusznie zauważa, działanie ich na oko nie jest tak bezpośrednie, jak przy przewlekłych wysiękach i nagromadzeniu się płynu w innych częściach ustroju.

Stosowanie leków przy oderwaniu siatkówki, jak KJ, NaJ, Hg i podobnych, opierało się głównie na leczeniu przypuszczalnych spraw chorobowych naczyniówki, w myśl teoryi Leber-Nordersona, usunięte zostało na plan drugi, jako nie dające pewnych wyników. Przypadki oderwania siatkówki na tle kiły są niezwykle rzadkie. Uhthoff żadnego podobnego przypadku nie widział. Co do środków przeciwzapalnych, jak pijawki, *Heurteloup*, kąpiele nożne i t. d., Uhthoff nie przypisuje im istotnych korzyści, choć niektórzy autorowie dosyć je zalecają. Podobnie przedstawia on sprawę, środków silnie przeczyszczających, organoterapii i wkraplań do worka spojówkowego (KJ. dioniny, ezeryny, i t. d.).

Operacyjne leczenie oderwania siatkówki (oraz *podspojówkowe wstrzykiwania*):

1) Nakłucie (punkcya) lub przecięcie oderwanej siatkówki, ak jak najpierw zalecone przez A. Graefego, w celu uzyskania komunikacyi między ciałkiem szklistem a przestrzenią podsiatkówkową. Niektórzy autorowie donoszą o pewnych poprawach, inni podnoszą poważne wątpliwości.

2) Przekłucie twardówki w obrębie oderwania w celu zadzia ania na wysięk podsiatkówkowy. A. Graefe zwraca tu uwagę, na ujemną stronę tego zabiegu, t. j. na obniżenie ucisku śródocznego, czemu jednak, zdaniem jego, można zapobiedz przez odpowiednio zastosowaną opaskę uciskową. Z tem zdaniem zgadza się wielu autorów, którzy zauważyli pomyślne działanie przekłucia w połączeniu z odpowiednią opaską. Pewne zmiany, zaprowadzone przez rozmaitych autorów, wyników wcale nie polepszyły.

3) Stałego drenowania, aby uzyskać odpływ cieczy podsiatkówkowej, albo przyszycia siatkówki, należy zaniechać, jako nie dających odpowiednich wyników.

4) Elektroliza, mająca na celu zadziałanie wprost na wysięk podsiatkówkowy, lub wywołanie sprawy zapalnej w celu przytwierdzenia siatkówki, pewnych wyników dotychczas nie daje.

5) Wycięcie tęczówki daje rozmaite wyniki, wogóle mało korzystnie.

6) Zabiegi dla wywołania zrostowego zapalenia naczyniówki przez wprowadzenie środka wywołującego zapalenie, do przestrzeni

podsiatkówkowej. Spostrzeżęnia w tym kierunku częściowo względnie korzystne. Schoeler pędzlowaniem nastojem jodowym twardówki w obrębie oderwania stara się wywołać odczyn zapalny.

7) Puktowate przypalanie twardówki w obrębie oderwania, zapomocą Paquelina lub galwanokautera, są w stanie wywołać odczyn zapalny i były przez wielu stosowane. W połączeniu z wstrzykiwaniami podspojówkowemi soli kuchennej, dawało przypalanie względnie bardzo korzystne wyniki (Dor).

8) Wstrzykiwania podspojówkowe, szczególnie soli kuchennej, bardzo chętnie przez wielu stosowane. Wysoko procentowych rozczynów (Uhthoff) soli kuchennej, należy zaniechać. Polecają dodatek dioniny, inni wstrzykują rozczyn siarkanu sodowego, sublimat, *hydrargyrum oxycyanatum*. Nie należy tu liczyć na zadziałanie rozczynów wprost na wysięk przy nienaruszonej twardówce. (Wessely).

9) Połączenie delikatnego nakłucia twardówki w obrębie odczepienia siatkówki z podspojówkowem wstrzykiwaniem. Tu należy unikać wysoko procentowych rozczynów z powodu zmian w głębi oka, szczególnie z powodu krwotoków. Dor poleca ograniczone przypalenie twardówki z wstrzykiwaniem rozczynu soli kuchennej.

10) Wśródtorebkowe wstrzykiwania (torebka Tenona) rozczynu soli kuchennej i innych, zamiast samych wstrzykiwań podspojówkowych. Tu należy również podnieść, że zbyt silne rozczyny mogą szkodliwie działać, podobnie jak dłuższy czas wstrzykiwane podspojówkowo.

11) Wstrzykiwania ciałka szklistego wywołuje silny odczyn częściowo działając niszcząco (Uhthoff). Przecięcie siatkówki i ciałka szklistego, według Deutschmanna, ze względów na stosunki anatomiczne jest niemożliwe do wykonania.

12) Skrócenie osłon gałki i odpływ podsiatkówkowego płynu, aby siatkówka przylegała, jak to wykonywał L. Müller, choć podawano korzystne wyniki, jest zanadto niebezpiecznym zabiegiem, aby mógł się uogólnić, w dodatku powstać mogą silne krwotoki do ciałka szklistego.

W literaturze podano wyleczonych przypadków oderwania siatkówki około 24%, które były leczone operacyjnie, 45% leczono łagodnymi środkami, a w 31% nie stosowano żadnego leczenia. Uhthoff podaje na 422 przypadków podanych przez siebie, 18 przypadków wyleczonych bez leczenia, łagodnymi środkami wyleczono 10, sposobem operacyjnym 8 przypadków. Ogółem wyleczonych przypadków 8·5%.

Druga część referatu Uhthoffa odnosi się do innych środ-

ocznych powikłań (zmiany w naczyniówce, siatkówce, w ciałku szklistem) przy krótkowzroczności.

Uhthoff podaje daty statystyczne powikłań śródocznych przy krótkowzroczności, a co do sposobu leczenia poleca następupujący podział:

1) Przypadki krótkowzroczności spowodowane mechanicznem rozszerzeniem się tylnego odcinka gałki ocznej. (*Conus myopicus*, zanik barwika, zrosty w okolicy tylnego bieguna i t. d.). Te zmiany nie są właściwie przedmiotem naszego leczenia).

2) Przypadki, gdzie powstają ostro odgraniczone ogniska w naczyniówce z zejściem w zanik naczyniówki, bujanie barwika, względnie z pozostaniem sklerotycznych szarych lub kawowo czarnych blizn, i dość często zdarzające się krwotoki naczyniówkowe lub siatkówkowe i t. d. Zmiany centralne okazują daleko idącą analogię z właściwemi zmianami naczyniówkowemi lub naczyniówkowotęczówkowemi.

3) Przypadki, gdzie w plamce żółtej jest »czarny punkt«, w myśl. Fuchsa, zasługują na wyszczególnienie.

Dwie ostatnie grupy 2) 3) wymagają leczenia. Wewnętrznie podaje się przetwory jodowe, rtęć w postaci wcierań, wstrzykiwań, pigułek sublimatowych. Odwodzące leczenie zapomocą środków przeczyszczających (sole sodowe, sól karlsbadzka, maryenbadzka, gorzka woda i t. d.), upusty krwi, suche bańki do skroni, szczególnie przy cięższych podmiotowych dolegliwościach, także ciepłe kąpiele nożne. Podspojówkowe wstrzykiwania rozczynów soli kuchennej, do pewnego stopnia korzystnie działają, nie należy jednak ich wartości przeceniać. Leczenie atropiną bez korzyści przy wysokich stopniach krótkowzroczności, podobnie miejscowy masaż, przeciwnie ogólny masaż może być połączony z korzyścią.

Zastosowanie stałego prądu nie okazało się skutecznem, podobnie używanie środków zwężających źrenicę. Usunięcie soczewki niema leczniczego działania odnośnie do zmian śródocznych. Tak zwana »*neuritis myopum*« jest często tylko wyrazem bardzo silnego pociągania, a więc nie jest przedmiotem leczenia lekami. Pojedyncze płatki poruszające się w ciałku szklistem mogą być w związku z rozpłynięciem ciałka i wytworzeniem zatok (lakun) i częstokroć nie nadają się do leczenia. Zapalne zmętnienie ciałka szklistego, krwotoki i t. d., należy tak leczyć, jak zmiany podane w grupach 2) i 3).

W rozprawie nad sprawozdaniem Uhthoffa, Axenfeld podnosi badania Widmarka wykazujące, że w tych szkołach, gdzie często uczniowie ćwiczą na otwartem powietrzu, znacznie

rzadszemi są przypadki krótkowzroczności. Do środków zapobiegawczych należą sporty. Co się tyczy osądzenia trwałych wyników leczenia oderwania siatkówki sposobem Deutschmanna, potrzebaby zebrać liczniejszy materyał przypadków.

Prof. Wicherkiewicz zaznacza, że nie widział korzystnych wyników u leczonych według Deutschmanna. Co zaś dotyczy opaski uciskowej, to działanie jej skuteczne polega na umiejętnem jej założeniu.

Da Gama Pinto (Lizbona) zaznacza, wnosząc ze statystyki Uhthoffa, że liczba wyleczonych oderwań siatkówki bez jakichkolwiek zabiegów, prawie równa się liczbie przypadków, przy których stosowano leczenie. Wstrzykiwania soli podspojówkowe, połączone z nakłuciem twardówki, zdaniem jego pomagają tylko czasowo, bo później znów się nagromadza płyn pod siatkówką. — Inne środki prowadzące do zrostowego zapalenia niszczą delikatne składniki siatkówki, a następowego przytwierdzenia się siatkówki bez przywrócenia jej sprawności czynnościowej, wbrew zapatrywaniom Uhthoffa, nie można uważać za wyleczenie.

Następnie wspomina, że zarzucone przez Uhthoffa niektóre sposoby leczenia przecież ostatecznie okazują dobre wyniki.

Vossius (Giesen) zaznacza, że przy słabych stopniach krótkowzroczności, nie mógł dla widzenia zbliska uzyskać korekcyi. Działanie opaski uciskowej przy oderwaniu, uważa za wątpliwe. W badanym przez siebie przypadku Deutschmanna, zauważył wprost szkodliwe skutki operacyi, w postaci ciężkiego krwotoku do ciałka szklistego.

von Pflugk przemawia za antepozycyą przy rozbieżności u krótkowidzów, co się tyczy sposobu Deutschmanna nie podaje również zbyt zachęcających wyników tego zabiegu.

Ostwald (Paryż) poleca elektrolizę przy oderwaniu siatkówki, jako nieszkodliwą i godną dalszych prób. Szkła periskopijne uważa za konieczne dla wyrównania krótkowzroczności.

Franko (Hamburg) zauważył kilka przypadków wyleczonych sposobem Deutschmanna lecz widział również wprost szkodliwe działanie prowadzące do wyjęcia gałki. Co do czarnej plamy środkowej, podziela on zdanie Uhthoffa, że rokowanie nie zawsze bywa niekorzystne.

Prof. Wicherkiewicz (Kraków).

Retinitis punktata albescens.

Najpierw przez Moorena opisana postać zapalenia siatkówki należy do tych, które rzadko bywają rozpoznane. Prof. W. omawia znane przypadki z literatury, tu wyklucza niektóre i opi-

suje szczegółowo przez siebie zbadany przypadek, podając następujące spostrzeżenia:

1) *Retinitis albescens* jest chorobą dającą się klinicznie wziernikiem ściśle określić.

2) Bystrość wzroku zazwyczaj jest prawidłową, również i pole widzenia, jednakowoż dostrzega się kurzą ślepotę, tak, że o zmroku zmniejsza się naosiowa bystrość, a granica pola widzenia dla barw silnie jest ścieśniona.

3) Wziernikiem rozpoznaje się bardzo liczne drobne plamki położone poza naczyniami siatkówki, plamka żółta jest od nich wolną. Nie przekraczają one równika gałki, naczynia siatkówkowe często bez zmian, żadnych mętów w ciałku szkistem, ani tylnej torebkowej zaćmy.

4) W etyologii należy podnieść zawsze zauważane pokrewieństwo bliskie między rodzicami, podczas gdy przymiot nabyty lub wrodzony należy wykluczyć.

3) *Retinitis punctata* może występować w połączeniu z innemi wewnętrznemi chorobami oka, wtedy może być przeoczoną, z drugiej strony często za nią są brane inne choroby oka, dlatego należy być ostrożnym.

6) Prawdopodobnie jest ona *(ret. punct.)* pokrewną postacią *retinitis pigmentosa*, podczas gdy *retinitis pigm. sine pigmento*, jeżeli taką się przyjmie, jest przedwstępnym stadyum *retinitis punctata albescens.*

7) *Retinitis punctata alb.* zaledwie jest przystępna dla leczenia, chociaż i tu nic pewnego jeszcze powiedzieć nie można.

H. Gradle z Chicago podaje rozmaite postacie zapalenia punkcikowego siatkówki.

Punctate form of retinitis.

1) Błyszczące małe punkty na siatkówce zdarzają się w prawidłowej siatkówce, jako zjawisko refleksyjne.

2) Matowo-białe punkty, odosobnione lub w większej ilości, szczególnie u dzieci, które skarżą się na niedomogę ócz. Zdaje się, że one nie mają znaczenia, częstokroć wtedy spotyka się nierównomierne zabarwienie dna, które jest nieraz jakby posypane pudrem.

3) Plamy Gunna około tarczy nerwu wzrokowego, żółtawe, także u dzieci, bez chorobowego znaczenia.

4) Przejściowe postacie, z małą ilością plam, aż do ich znacznej ilości, z lekkiemi zaburzeniami wzroku: Bystrość wzroku nieco obniżona, pole widzenia prawidłowe. Światłowstręt. Niedomoga. Zmiany te po miesiącach znikają, przy używaniu środków leczenie bywa przyspieszone.

Zdania autorów są podzielone co do umiejscowienia plam,

jedni twierdzą, że są one w naczyniówce, inni, że w siatkówce. Jedni uważają je za zmiany kiłowe, inni nie. Gradle wyraża przypuszczenie, że tę postać należy odnieść do schorzenia nerwów.

5) Grupa przypadków, gdzie głównie zmiany polegają na wytworzeniu się wysięków i krwotoków. Leczenie jodem daje dobre wyniki. Jako przyczyny podnosi autor schorzenie nerek i niedokrewność.

6) Atypowe odmiany *retinitis pigmentosa*, gdzie chory skarzy się na kurzą ślepotę, bystrość wzroku jest prawidłowa lub nieco obniżona, w niektórych przypadkach pole widzenia zwężone. U rodziców spotyka się pokrewieństwo. Plamki rozrzucone po dnie prócz obwodu i plamki żółtej.

F. Meyer (Lizbona). *O ślepocie w Portugalii.* Autor podaje daty statystyczne z ilości ludzi ociemniałych. Urzędowe liczenia ciemnych przy spisie ludności w r. 1878, 1890, 1900 wykazały ociemniałych 20, $12^1/_2$, 11:10000. Według zaś von Bronco Rodriguez'a $13^1/_2$: 10000. Ostatnie badania liczby ociemniałych wykazały 6.222 ciemnych, a 6.320 jednoocznych. Dawniejsze badania nie podawały żadnych przyczyn utraty wzroku. Ostatnie wykazały 6.222 ciemnych na 5,166 841 ludności mniej więcej 12:10000. Ponieważ liczenie nie było dokładnem, więc należy przypuścić, że większa jest liczba ciemnych. Aby dokładniej określić przyczyny utraty wzroku, korzystano ze statystyki chorych z oftalmologicznego instytutu z lat piętnastu. Z list ludności można było u 2041 przypadków oznaczyć przyczynę ślepoty, z instytutu oftalmologicznego, u 533.

Podane są trzy główne przyczyny ślepoty:

1) Wrodzona ślepota 9·1% z liczby wszystkich ciemnych.
2) Urazowa ślepota 8·6% » » »
3) Ślepota z ospy 7·0% » » »

Co do ślepoty urazowej, to nadmienia autor, że największy jej procent spotyka się u pracujących przy wysadzaniu skał 28%. Prócz innych urazowych przypadków $2^1/_2$% wskutek wypadków z kapslami.

U chorych z oftalmologicznego instytutu najważniejsze przyczyny ślepoty są oprócz trzech wyżej wspomnianych, Tabes 5·81%, Meningitis 5·25%, inne choroby mózgu 5·81%, Trachoma 3·2%, Conj. gonorrhoica 4·5%, Myopia 3·75%, głównie Glaucoma u 35·17%. Co do tak częstej ślepoty z powodu jaskry podaje autor, że chorzy zbyt późno udają się o pomoc lekarską, z drugiej strony brak odpowiednio wykształconych sił lekarskich. Co się tyczy niebezpieczeństwa oślepnięcia w rozmaitych latach życia, to jest ono najmniejsze we wczesnej młodości, później się wzmaga do późnego wieku, a w 90

latach okazuje pewne wahanie. Co do rozmaitych zawodów to najwięcej są narażeni robotnicy w kamieniołomach, później rybacy i strzelcy, potem rolnicy. Później następują wolne zawody (także lekarze).

W rozprawie na powyższy temat podnosi Axenfeld (Fryburg) znaczenie statystyki, która wykazuje potrzebę szerszej pracy lekarskiej, choć liczby podane są za niskie.

2. dzień posiedzenia 21 kwietnia.

Przewodniczący Sattler z Lipska.

Axenfeld z Fryburga mówi *o leczeniu surowicą w okulistyce.*

W rozprawie na ten temat zabierają głos:

Cabannes z Bordeaux życzy sobie dokładniejszego wskazania przypadków, gdzie należałoby stosować surowicę przy hypopyon i keratitis.

Prof. Wicherkiewicz z Krakowa nadmienia, że nie spostrzegał korzystnego działania przy stosowaniu surowicy Römera w przypadkach wrzodu pełzającego. Działanie jekwirytolu nie było zadowalniające, surowica zaś jekwirytolowa powstrzymywała zbyt silne działanie jekwirytolu.

C. Cabannes z Bordeaux: *O dziedzicznem przymiotowem schorzeniu nerwu wzrokowego.*

C. podnosi, że rozmaici autorowie rozróżniają dwie klinicznie odrębne postacie zapalenia nerwu wzrokowego. Jedna postać najczęstsza w następstwie zapalenia naczyniówkowo-siatkówkowego, na podstawie kiły dziedzicznej, prowadzącą nieraz do zaniku nerwu, druga postać zapalenia wskutek zmian badanych dziedzicznych na podstawie czaszki z objawami mózgowymi, obniżeniem bystrości wzroku i zwężeniem pola widzenia.

Autor opisuje jeszcze trzecią postać jako *atrophie optique primitive hérédosyphlitique* i opiera spostrzeżenia na trzech przypadkach, gdzie z całą pewnością stwierdza zanik nerwu wzrokowego na podstawie dziedzicznej kiły, która powstała bez naruszenia głębszych warstw oka i bez objawów oponowo-mózgowych.

Jako kliniczne spostrzeżenia podaje:

1) Powstanie w oku 7—12 lat po urodzeniu, powoli bez zwiastunów, o przebiegu powolnym.

2) Rozwój choroby zwykle postępuje i doprowadza do zupełnej utraty wzroku.

Leczenie zdaje się nie skuteczne, gdy rozpoczął się zanik. Z badań swoich wyciąga autor wniosek, że przy dziedzicznem przymiotowem schorzeniu nerwu ocznego koniecznem jest wczesne i długie nieraz stosowanie odpowiedniego leczenia.

Axenfeld, zabierając głos w rozprawie, chce zaliczyć trzeci rodzaj, podany przez Cabanneś'a, do *tabes infantilis* z wczesnym zanikiem nerwu wzrokowego.

C. Cabannes i W. Dubreuille (z Bordeaux) *O operacyi powiekowej sposobem włoskim.*

Chory wskutek złośliwego przymiotu ma twarz zniekształconą wskutek blizn rozległych i zupełne odwrócenie górnej powieki lewego oka, przyczem trójkątny otwór w policzku na wysokości lewego kąta ust. Operowano sposobem włoskim w dwóch posiedzeniach, aby pokryć ubytek w policzku, i aby nadać prawidłowe ułożenie powiece. Wynik operacyi pomyślny, jak to stwierdzały fotografie. Autorowie wyciągają następujące wnioski co do tego sposobu operowania.

1) Oddzielenie płata powinno nastąpić w możliwie najkrótszym czasie.

2) Tarsorrhaphia ma być jedynym sposobem dla zapobiegnięcia szybkiemu skróceniu się płata.

3) Metodę, którą, Berger nazywa metodą wyboru, stosują autorowie tylko wtedy, gdy wskutek zniszczenia lub zbliznowacenia skóry około oczodołu, nie możliwe utworzenie miejscowego płata.

Jedyna rzecz, która przemawia przeciw temu sposobowi operowania, jest to, że ułożenie chorego jest bardzo męczącem.

W rozprawie na powyższy temat zabiera głos dr Gama Pinto, przemawiając za płatami bez mostka. Prof. Wicherkiewicz zaś podnosi zalety płata z mostkiem, co wykazują znakomite wyniki operacyi wykonanych przez niego w klinice krakowskiej. Operacya taka była stosowaną przy dużych ubytkach w skórze.

Vossius (Giessen) *O pierścieniowatem zmętnieniu na przedniej powierzchni soczewki po urazie w oko* (stłuczeniu).

Opierając się na 6 przypadkach, które opisał A. Keller, zaznacza autor, że to zmętnienie odpowiada brzegowi tęczówki przy prawidłowej źrenicy mniejwięcej 3 cm średnicy, pierścień jest zwykle jednostajnej grubości, i leży w tem miejscu, gdzie przylega wewnętrzny brzeg tęczówki. Zmętnienie to w świetle przepuszczonem przedstawia się jako czarny pierścień na czerwonem tle dna oka. Przy bocznem oświetleniu przedstawia się zmętnienie czasem z odcieniem brunatnawem, pochodzącem od barwika tęczówki. Czasami trzeba silnego powiększenia, aby ten pierścień zobaczyć. W jednym przypadku wewnątrz pierścieniowego zmętnienia było punkcikowate zmętnienie. U tych chorych, u których pierścień zmętnienia widocznym był za pomocą zwierciadła i lupy, można było zauważyć, używając silnej soczewki wypukłej,

że to pierścieniowe zmętnienie składało się z samych punkcików. W ciągu 4 tygodni pierścień zmętnienia znikł bez śladu. Zmętnienie pierścieniowate tłumaczy autor odciskiem źrenicy na przedniej powierzchni soczewki. Wskutek ucisku rogówki i tęczówki na soczewkę powstaje pierścień zmętnienia brunatnawo zabarwiony wskutek wyciśnięcia barwika tęczówkowego, lub powstaje pierścień bez tego zabarwienia wskutek zwyrodnienia komórek śródbłonkowych torebki soczewki, podobnie jak to uzyskiwano przy doświadczalnem wywoływaniu zaćmy (O. Schirmer).

Promienistego zmętnienia autor nie zauważył.

Cramer-Kottbus mówi o krótkowzroczności u tkaczek.

3. dzień posiedzenia.

Przewodniczący prof. Wicherkiewicz i Vossius.

E. Treacher-Collins (z Londynu). *O śródocznej gruźlicy.*

W wykładzie tym daje autor pogląd na obecny stan wiadomości o śródocznej gruźlicy, opierając się przytem na własnych spostrzeżeniach w 18 przypadkach, gdzie usunięte oko było poddane badaniu anatomo-patologicznemu. Aby dowieść gruźlicy w oku potrzeba trojakiego rodzaju dowodów: z badań patologicznych, doświadczalnych i bakteryologicznych. Gruźlica oka powstać może drogą zewnętrznego zakażenia, drogą wewnętrznego, np. przy ostrej gruźlicy prosówkowej, w przypadkach chronicznej gruźlicy początkowo umiejscowionej w innych narządach. Drogę krążenia płodowego, którąby prątek gruźlicy dostawał się do oka i później zmiany wywoływał, uważa autor za rzadką.

Za przyczyny usposabiające do powstania gruźlicy śródocznej można uważać te, które danego osobnika czynią podatniejszym do zapadnięcia na jaką chorobę, które ułatwiają umiejscowienie choroby w oku, wreszcie takie, które pewne części oka usposabiają do łatwiejszego schorzenia. We wszystkich prawie przypadkach gruźlicy oka można wykazać dziedziczność. Gruźlicę oka najczęściej spotyka się u dzieci. Z 18 przypadków, 15-tu chorych było w wieku poniżej 10 lat, w jednym chory liczył 56 lat. Co do punktu wyjścia gruźlicy w oku, to jest on tam, gdzie naczynia włosowate są najwęższe, albo tam, gdzie szybsze krążenie w naczyniach. W ostatnich latach wzrosły gruźlicze przypadki oka. Najczęściej jagodówka zapada na gruźlicę, zwłaszcza naczyniówka, rzadziej tęczówka, lub ciałko rzęskowe. Przy gruźlicy prosówkowej najczęściej zajętą jest naczyniówka. Następnie przechodzi autor gruźlicę poszczególnych części oka, gdzie spostrzega albo poszczególne rozsiane gruzełki, albo one obok siebie grupują się, zlewają razem, albo gruzełki nie są wybitne.

T. C. wspomina o znaczeniu rozpoznawczem tuberkuliny i o szczepieniu zwierząt. Omawia on następnie rozpoznanie różniczkowe gruźlicy oka od innych spraw chorobowych. Leczenie gruźlicy oka albo hygieniczno-dyetetyczne, lub operacyjne; pierwsze ma starać się wzmocnić odporność organizmu. Co do dawniejszej tuberkuliny Kocha, to prawie ogólnem było zdanie, że ona działa szkodliwie, przyczyniając się do rozszerzania bakteryi. Prawie wszyscy autorzy są za operacyjnem usunięciem oka gruźliczego.

Da Gama Pinto przedstawia chorych na gruźlicę oka, u których rozpoznanie było przeważnie *ex iuvantibus*, a przebieg nie był prawidłowy. Tu podaje autor dość korzystne wyniki po wstrzykiwaniach tuberkuliny, co do której zdania autorów są podzielone. W rozprawie zabiera także głos prof. Wicherkiewicz zaznaczając korzystne wyniki wstrzykiwania hetolu, wspominając o przypadkach, gdzie po przebiegu skarlatyny gruźlica tęczówki znacznie się poprawiła. Podobne zdania co do hetolu wygłosili jeszcze Cramer i Vossius.

V. Pflugk przedstawia powiększone zdjęcia gałek małp, na które zadziałano atropiną lub ezeryną. (Obszerniej o tem mówi w pracy *Über die Akkomadation des Auges der Tauben u. s. w. Wiesbaden 1906)*.

Oswald (Paryż) mówi *o termoforach.*

Thomson. Przedstawienie pryzmatycznego perymetru.

4. dzień posiedzenia. 24/IV.

Przewodniczący: F. Meyer (Lizbona).

Prof. Wicherkiewicz (Kraków). *Dalsze doświadczenia dotyczące wartości pyoktaniny w leczeniu spraw ropnych oka.*

Już przed kilku laty przyznał profesor Wicherkiewicz wartość doświadczeniom Stillinga, który w ropnych sprawach stosował pyoktaninę do oka. Szczególnie podnoszone było jej działanie przy rozmaitych wrzodach rogówkowych. Według doświadczenia profesora działanie pyoktaniny w wysokim stopniu podnosi, i wzmaga równoczesne stosowanie dioniny, jak to potwierdzają liczne przypadki, o czem obszernie było wspomnianem na ostatniem posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w klinice okulistycznej.

Prof. W. stosuje ten środek w ropnych sprawach woreczka łzowego, przy *phlegmone* w oczodole i w *empyema* sąsiednich jam. Aby podnieść działanie tego środka przed jego zastosowaniem wypłukiwaną jest dokładnie jama ropna wodą utlenioną. Jako ilustracyę tego leczenia, opisuje prof. W. przypadek silnej *mucokele sinus frontalis* w powyższy sposób wyleczony, bez krwawej operacyi.

Silny trzeszcz gałki, znaczne jej zboczenie i przypłaszczenie i odczepienie siatkówki ustąpiły w ciągu dwóch tygodni.

W rozprawie podnosi Xavier da Costa (Lizbona) znaczenie pyoktaniny przy wrzodach rogówkowych i jaglicy, popierając tem zapatrywanie profesora Wicherkiewicza.

Nares da Rocha (Rio-de-Janeiro) mówi o przypadku urazowego zeza.

Moscaro. *O nauczaniu ciemnych.*

Farina (Turyn):

a) *O przyspieszonem leczeniu syfilitycznego zapalenia naczyniówki i tęczówki*, za pomocą wstrzykiwań śródżylnych sublimatu, lub *Hydrargyrum cyanatum* 1—5 mg, 15—25 wstrzyknięć.

b) *Sposób leczenia operacyjnego podsiatkówkowych bąblowców.*

c) *Stowaina jako środek znieczulający w okulistyce.*

Suarez de Mendoza (Paryż). *O korzyści szwu rogówkowego po operacyi zaćmy.*

Ramos de Magalhaes (Lizbona) *Silny obrzęk tkanki oczodołowej po wyjęciu oka.*

Przypadek niezborności poprawiony w dal wklęsłym cylindrem, w pobliże wklęsłem szkłem sferycznem.

Marquez (Madryt) *O rozszerzaniu się ślepoty.*

Berezowski.

IV. ROZMAITOŚCI.

Oddział oczny szpitala św. Zofii dla ubogich dzieci we Lwowie.

Ze sprawozdania wydanego staraniem Tow. tegoż szpitala dowiadujemy się między innemi o ruchu chorych na oddziale ocznym, pozostającym pod kierunkiem docenta prywatnego dr Bednarskiego. Stale leczono 226 dzieci z powodu chorób ocznych, pomiędzy któremi aż 165 razy powodem do przyjęcia była *keratoconjunctivitis phlyctaenulosa.* Do ambulatoryum zgłosiło się 963 chorych dzieci. Operacyi wykonano na oddziele 95, a mianowicie: 31 razy irydektomię, 14 razy rozcięcie torebki, 8 wydobycia zaćmy, 17 razy rozszerzenie szpary powiekowej, raz wydobycia wągra podspojówkowego i t. d. Na 963 dzieci, które się zgłosiły do szpitala, było 19 ślepych: 8 z cierpień wrodzonych, 5 w następstwie zapalenia pryszczykowego, zaś 47 utraciło wzrok na jednem oku. Co do przyczyn tej utraty znajdujemy na 47 przypadków utraty wzroku na jednem oku, 20 razy zapalenie pryszczykowe, a 5 razy śluzoropotok noworodkowy.

Życzymy, aby pod umiejętnem kierownictwem kol. Bednar-

skiego oddział rozwijał jak najskuteczniejszą działalność, a temsamem, aby przyszłe statystyki wykazywały stałe zmniejszenie ilości w zaraniu życia ociemniałych.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Kamocki w Warszawie wybrany został prezesem tow. lekarskiego.

Doc. Dr Dalén w Lund mian. prof. nadzw.

Doc. pr. Schiek Franciszek w Getyndze otrzymał tyt. profesora.

VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Feliks Rymowicz, którego »Post. Ok.« zaliczał do swych współpracowników, umarł przed kilku tygodniami. Wychowanek petersburskiej Akademii lekarskiej wcześnie oddawał się kierunkowi naukowemu, pracując przeważnie na polu okulistycznem i to w dziale bakteryologicznym. Czas niejaki pracował jako okulista w Warszawie. Od kilku lat dzierżył docenturę na uniw. kazańskim.

Cześć pamięci młodego przedwcześnie zmarłego naukowego pracownika.

VII. KORESPONDENCYA REDAKCYI.

Koledze Dr. H. Karnickiemu w Petersburgu. Poleciliśmy wysłać. Redakcya nie zajmuje się i zajmować nie może wysyłaniem »P. O.«. Zadanie to spełnia, wzgl. spełniać winna Administracya, Zgoda 4. Do niej więc prosimy się zgłaszać z wszelkiemi reklamacyami dotyczącemi odbioru pisma, a tylko, gdy one uwzględnione nie zostaną, lub ponowne wykażą się niedokładności w wysyłce, prosimy nas o tem zawiadomić.

VIII. OGŁOSZENIE.

Nie pomnąc komu, wypożyczyliśmy przed kilku laty *Arch. f. Augenheilkunde* tom 31, 32 i 33. Prosimy, kogo to dotyczy, o łaskawy zwrot wypożyczonych książek.

Bol. Wicherkiewicz.